419

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 *juillet* 1907, *à* 1 *heure*

Par **Mathilde GRUNSPAN**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien interne des Asiles de la Seine
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE

DU VITILIGO

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur.*
JEANSELME et RÉNON, *agrégés.*

PARIS
HENRY PAULIN ET Cie, Editeurs
21, RUE HAUTEFEUILLE (6e)
1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par deliberation en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. THIÉRY

GUILLEMAIN

LANDRIEUX

CHAMPETIER DE RIBES

QUENU

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE

DU

VITILIGO

DÉFINITION

Hébra dit : (rapporte Leloir), que le vitiligo est une affection particulière de la peau dans laquelle des taches rondes ou ovales nettement limitées, blanches, ne se couvrant pas d'écailles, se produisent sur la peau et vont constamment en s'élargissant, tandis que leur bord paraît entouré d'un pigment foncé anormal.

La définition serait complète si l'on ne donnait au vitiligo une marche constamment extensive ; si l'on disait que la peau vitiligineuse ne semble pas altérée, qu'elle est lisse, onctueuse, que sa sensibilité et la plupart de ses fonctions paraissent normales ; ce qui permettrait de la distinguer de la *lèpre* et de la *morphée.*

Comme le font très bien remarquer MM. Besnier et Doyon: « Le vitiligo est toujours à la fois achromateux et hyperchromateux. il consiste dans la réunion de deux états : 1° l'achromie ; 2° l'hyperchromie. » Aussi reprochent-ils justement à Kaposi de ranger le vitiligo dans le groupe des maladies par défaut de pigmentation de l'épiderme. Il faut avec Bazin ranger le vitiligo dans le groupe des dyschromies des dystrophies du pigment, c'est donc une affection qui comporte à la fois de l'hypertrophie et de l'atrophie du pigment. Il faut de plus que la dystrophie soit pure, en ce sens que la peau ne doit présenter aucune modification de son aspect, de sa structure et de ses fonctions : enfin l'affection doit être acquise, être apparue au cours de la vie extra-utérine, et ne pas consister en une dyschromie congénitale.

Le vitiligo est donc une dyschromie cutanée caractérisée par un développement des taches blanches, nettement limitées et entourées d'une zone plus ou moins étendue d'hyperpigmentation.

HISTORIQUE

Bazin, Hébra disent que cette affection a été connue des anciens et ils citent comme preuve à l'appui un passage de la Bible et un autre de Celse; on chercherait en vain dans les auteurs modernes les matériaux nécessaires à la leucodermie. Selon Hébra, c'est Celse qui, le premier, a employé le mot de vitiligo dont l'origine latine serait dérivée du mot *vitulus*, veau, sans doute à cause des taches blanches que l'on voit souvent sur cet animal. (*Traité de la médecine*, IV, chapitre XIV).

D'après cet auteur, la maladie qui, en elle-même, ne comportait aucune gravité, comprenait trois formes distinctes; l'Alphos, le Mélas, la Leuce.

Le Mélas désignant une coloration noire de la peau. Des taches blanches formaient le caractère de l'Alphos et de la Leuce. La Leuce se distinguerait de l'Alphos par sa ténacité, sa plus grande extension et par la décoloration des poils, indice d'une altération très profonde.

Il n'y a rien dans ces deux dernières formes qui ne puisse être appliqué au vitiligo. Celui-ci, en effet, ne présente aucun danger, et compte les taches blanches et la décoloration des poils parmi ses symptômes. Mais malgré la bénignité imposée par Celse à ces affections, la forme vitiligo fut confondue avec la lèpre; et c'est désormais dans l'histoire si complexe et si contestée de cette dernière affection, qu'il faut chercher ce qui a trait au vitiligo. Cette confusion s'explique facilement; les termes Alphos et Leuce ayant déjà été employés dans un sens défini, et différent de celui imposé par Celse. Hippocrate (*Prorrhétique*, l. II, t. IX, page 75, trad. de Littré) dit: « Les Leuces appartiennent aux maladies les plus graves comme aussi la maladie phénicienne. » Il est évident que selon ces deux pronostics si différents l'un de l'autre la Leuce d'Hippocrate n'était pas la même que celle de Celse. C'est le sens indiqué par Hippocrate qui fut conservé ; et Galien dit que la Leuce est du genre des maladies qui s'accompagnent d'un changement dans les parties profondes, car la chair elle-même est modifiée dans cette affection; elle devient blanche comme la chair de la langouste et celle des huîtres. Une autre cause d'erreur vient s'ajouter à la première. Des termes nouveaux furent créés par les médecins arabes; aux termes Leuce et Alphos viennent s'ajouter ceux de morphée blanche et noire d'Albanas, pour les mêmes variétés de coloration. D'après Jérôme Mercurial (*De poste universum præsertim vero, de Venta et Patiavina item de morbis cutaneis, etc.*, l. II, chap. II de Leuce et Alphis 1577). Alphos serait le synonym

de morphée blanche, et Leucé aurait le même sens qu'Albanas.

Avicenne décrit en effet au x^e^ siècle sous le nom d'Albarra ou Barras une affection que l'on peut rapprocher de la lèpre blanche. C'est une lésion profonde, qui gagne jusqu'à l'os ; la peau se déprime, devient rugueuse, cette peau ne rougit plus, ne saigne plus à la piqûre ; c'est une maladie grave.

L'Alquada ou Morphée blanche, affection qu'il distingue soigneusement de la précédente, est une lésion très superficielle, douce au toucher, saignant à la piqûre, rougissant au frottement, difficile à séparer de la précédente et qui comporte un pronostic bénin. Ces caractères sont suffisants pour faire reconnaître le vitiligo.

Serapianis dans le passage suivant : *Serapianis medici arabi pratica,* traduction latine d'Alpagus, Bellunensis venitiis, apud Lutas, 1850. Frag. I de agritudine cutis, caput V) nous désigne très clairement le vitiligo :

« Il y a deux formes de Morphée : la blanche et la noire. La blanche qui dans ses formes est semblable à l'Albanas blanche, mais diffère d'elle en cela que l'Albanas s'attaque jusqu'à la profondeur, tandis que la Morphée, de l'avis général, ne produit d'autres changements que ce qui apparaît à la surface du corps ».

Mais les traducteurs, les commentateurs des auteurs originaux voulaient faire concorder les descriptions si différentes de Celse et d'Avicenne. Jusqu'ici la Leuce signifiait la lèpre et l'Alphos, terme déjà employé par Hippocrate, signifiait le vitiligo.

Poussant dans les écrits de Fuschius (Instituta medicalia), c'est la forme légère qui prend au contraire le nom de Leuce et d'Alphos indique la forme grave. Cependant tous ces auteurs conservent à la forme légère qu'elle soit pour eux l'Alphos ou la Leuce, le terme de vitiligo Alba.

Ludovicus Blankart écrivait dans sa thèse inaugurable 1764 : « Il n'est pas toujours facile de comprendre quelle forme les auteurs ont en vue quand nous lisons tel ou tel nom souvent employé d'une façon impropre et dans ces conditions, de concilier les diverses opinions. » Il conclut que la forme légère par opposition à la lèpre doit prendre le nom de vitiligo, employé comme synonyme de Morphée blanche, de Guada. Outre Fuschius, Valesius, Pleuch (1783), plus près de nous conserve à l'Alphos une forme légère, mais cependant en fait une lèpre et le décrit comme formant des taches raboteuses. Toutefois sous le titre *Cutis variegata nativa* il semble admettre le vitiligo congénital : « chez les Tartares on trouve des hommes mouchetés comme des tigres. » Plus près de nous Pierre Largellata confond la Morphée et l'Albarras (*De ægritudine cutis* I, V tract. III, chap. XI) dans une même variété incurable, mais plus loin il ajoute que selon d'autres elles diffèrent entre elles, en ce que la Morphée, Alphos ou vitiligo, est d'une guérison facile et ne présente pas, comme l'Albanas, d'ulcères dans la profondeur. Mais bien avant tous ces auteurs, douze cents ans avant Hippocrate, Moïse aurait connu le vitiligo. Il n'a point donné de nom particulier à cette maladie, mais il indi-

que aux prêtres un moyen de ne pas la confondre avec une maladie plus grave,la lèpre (*Lévitique*, chap. XIII). Le vitiligo avait donc été décrit par les auteurs anciens et était tombé dans l'oubli à une époque très rapprochée de nous.

En 1772 (1) le bourgmestre de Dunkerque écrivait à Buffon (*Œuvres de Buffon*, annotées par Flourens, 1853). « Je vous envoie, Monsieur, un portrait qui se trouvait dans une prise anglaise faite dans la dernière guerre par le corsaire « La Royale » dans lequel j'étais intéressé. C'est celui d'une jeune fille dont la couleur est mipartie de noir et de blanc, les mains et les pieds sont entièrement noirs; la tête l'est également presque et y compris la lèvre inférieure, partie du front y compris la racine des cheveux ou laine qui au-dessus sont également blancs, avec une tâche noire au milieu de la tache blanche. Tout le reste du corps, bras. jambes, et cuisses sont marqués de taches noires. On ne peut comparer cette enfant pour la forme des taches qu'aux chevaux gris ou tigrés. »

Au-dessous du portrait on lit l'inscription suivante: « Maria Sabina, née le 17 octobre 1736 à Matuna, plantation des Jésuites de Carthagène, née de deux nègres nommés Martiano et Pelvona. »

Voilà un cas de vitiligo congénital, mais pour le bourgmestre pareil résultat n'a pu arriver que par l'union d'un blanc et d'une négresse et comme il fait

1. Thèse de Chabrier.

mention des Jésuites il conclut tout naturellement que l'un d'eux n'a pas dû être étranger à ce résultat.

Buffon répondit, qu'il a été émerveillé du portrait, car il ne connaît pas d'exemple semblable dans la nature et il conclut qu'elle avait bien pu avoir un albinos parmi ses ascendants et tenir de ce fait la bizarre coloration de ses téguments.

Voltaire, dans son *Essai sur les mœurs* (t. I, p. 7) après avoir dit que les albinos sont une race aussi distincte que les nègres ou les blancs, écrit plus loin: « Prétendre que ce sont des nègres nains dont une espèce de lèpre a blanchi la peau; c'est comme si l'on disait que les nègres sont blancs et que la lèpre les a noircis. »

Nous voyons donc que pour ces auteurs le vitiligo, n'existait pas, car à cette époque tout le monde savant faisait des albinos une race particulière.

En 1765, Lecat de Rouen publiait son *Traité de la couleur de la peau humaine*. Là, se trouve la première description moderne des colorations de la peau nerveuse du vitiligo. « Si l'on me demande maintenant d'où cette blancheur s'est distribuée sous forme de taches, je répondrai que c'est assez la marche des affections des nerfs.

Seiben décrivit le vitiligo une soixantaine d'années plus tard. Ce fut d'abord sous le nom d'Éphélide scorbutique panachée, puis sous le nom d'achrome vitiligue que le célèbre dermatologiste décrivit cette maladie.

A ces descriptions succédèrent celles de Bielt (1818), Rayer (1835), Baumes (1842), Bazin (1862); Houdy

(1863), Lévi (1865), Hebra et Kaposi (1878), Guibout (1878).

La grande confusion qui existait dans la dermatologie désignant le vitiligo, tel que nous le comprenons aujourd'hui n'a guère cessé qu'avec les leçons de Guitrac, de Hardy et de Bazin.

De nos jours certains auteurs affectent encore d'accorder au mot de vitiligo un sens plus large que celui de notre définition, en y englobant des dyschromies congénitales, ainsi que diverses leucodermies et leucomélanodermies, on peut dire cependant que la manière de voir classique est la plus généralement admise.

Ayant rencontré dans le service de M. le professeur Dieulafoy un malade atteint de vitiligo qui présentait en même temps le signe d'Argyll Robertson, et son observation ayant été gracieusement mise à notre disposition par M. le docteur Crozon, chef de clinique, nous en avons profité pour faire notre thèse sur l'étiologie du vitiligo et nous l'en remercions ici ainsi que de ses bons conseils.

VITILIGO AVEC ALTÉRATIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Les affections nerveuses au cours desquelles se développent le vitiligo sont des plus variées. Tantôt ce sont des lésions des nerfs périphériques rentrant dans ce groupe quelque peu vague et discutable des névrites périphériques, ou encore des névralgies ou des traumatismes des nerfs ; tantôt ce sont des lésions du système nerveux central et en première ligne, les deux myélopathies qui donnent le plus souvent naissance à des troubles trophiques certains : le tabès et la syringomyélie ; d'autres fois encore, ce sont l'aliénation mentale ou des névroses diverses et surtout le goitre exophtalmique, affection qui, elle aussi, s'accompagne fréquemment de troubles trophiques de la peau ; parfois enfin les sujets atteints de vitiligo ne présentent pas de toubles nerveux manifestes, mais ce sont des « nerveux » qui appartiennent à cette classe de sujets chez lesquels le terrain semble tout préparé pour l'éclo-

sion d'une maladie nerveuse, si même ils n'en portent déjà quelqu'une incomplètement démasquée (Thibierge).

Nous allons passer en revue ces différentes catégories et citer au fur et à mesure les différentes observations qui ont trait à chacune d'elles.

Déjà en 1876, Lecat avait présumé que le vitiligo dépendait d'une altération du système nerveux. « Si l'on me demande maintenant d'où vient que cette blancheur s'est distribuée sous forme de taches, je répondrai que c'est bien là la marche des maladies des nerfs. »

Mais il ne faut pas oublier, dit Leloir, que le vitiligo était souvent confondu avec la lèpre anesthésique, avec certaines sclérodermies cutanées, ou plaques, avec cette affection de la peau très voisine de la sclérodermie, la morphéa alba, la chéloïde d'Addison des auteurs anglais et américains. Toutefois dans beaucoup d'observations de vitiligo on trouvera à établir un rapport important entre la dystrophie pigmentaire et les affections diverses du système nerveux.

Parfois la dyschromie succède à bref délai à un accident, à une violente terreur, à un ébranlement nerveux intense. Nous tirons de la thèse de Chabier les exemples historiques de vitiligo apparu à la suite d'une grande émotion morale.

Thomas Morus blanchit dans la nuit qui précéda son supplice et Marie-Antoinette, dans sa prison, blanchit dans les quelques jours qui précédèrent son exécution.

Alibert raconte le fait suivant : « J'ai vu un individu chez lequel les poils de la barbe et du corps s'albifiaient à mesure qu'il était désagréablement affecté. Trois nou-

velles fâcheuses l'avaient consterné dans sa vie : la première lui avait blanchi la moitié de la barbe ; la deuxième lui avait blanchi les cheveux de la moitié latérale de la tête du même côté ; la troisième avait produit le même effet sur une touffe de poils qu'il avait à l'épaule gauche.

Rayer dit dans son *Traité des maladies de la peau :* « Tout récemment encore, dit-il, s'est présenté à la consultation à la Charité un homme d'une trentaine d'années, qui, à la suite d'une perte d'argent pour lui considérable, a été atteint d'une leucopathie partielle, caractérisée par des taches blanches laiteuses disséminées sur le tronc et les membres. » (Leloir.)

Nous trouvons dans la thèse de Leloir reproduites dans celle de Lebrun de Lille, 1886, deux observations dont l'une se rapporte à un cas de vitiligo précédé de phénomènes nerveux, multiples, survenus eux-mêmes à la suite d'un violent traumatisme ; la seconde mentionne un cas de vitiligo et pelade chez une femme devenue hystérique à la suite d'une violente émotion. Ces deux observations étant très typiques nous les reproduisons plus bas.

Welander de Stockolm publie dans la *Revue de Dermatologie et Syphiligraphie,* 1894 une observation très détaillée de névrodermite chronique circonscrite telle que l'ont décrite MM. Brocq et Jacquet. Il s'agit d'un malade chez lequel trois affections cutanées se sont développées tout à fait indépendamment l'une de l'autre, le vitiligo, le lichen ruber planus, et la névrodermite circonscrite et chronique. L'étiologie en est hors de

doute; ce n'est qu'après un accident grave qu'il commença à avoir de violentes attaques de nerfs, lui qui autrefois était très calme. Cet emportement et cette irritabilité ont persisté, et il est de plus très anxieux et impressionnable, et une cause assez insignifiante peut le faire tressaillir et trembler. Cet état de nervosisme fut suivi des trois affections nerveuses précitées. L'auteur pense qu'il est très rare de trouver une relation si manifeste entre une émotion morale vive, un nervosisme en résultant et l'apparition consécutive de trois affections cutanées aussi différentes et aussi rares que le vitiligo, le lichen ruber planus et la névrodermite circonscrite.

M. Barbe rapporte l'observation d'une femme chez laquelle un violent traumatisme est représenté dans la circonstance par une ovariotomie. Depuis l'opération elle commença à présenter quelques signes d'hystérie et quatre mois après on revit la malade avec un superbe vitiligo des deux mains. Cette observation est très importante car on n'a pas signalé souvent le vitiligo et l'hystérie chez la même femme à la suite de la castration, aussi la reproduisons-nous plus loin.

Dans le *Wratsch,* décembre 1893, Féderoff raconte l'histoire d'un paysan qui éprouva une peur terrible à la suite d'une fracture de l'humérus et peu de temps après apparut le vitiligo.

M. Dubreuilh présente en 1893 une observation qu'il intitule *Pelade nerveuse et vitiligo,* et en 1905 une autre observation intitulée *Leucodermie vitiligineuse généralisée.* Il s'agit d'une femme impressionnable à l'excès mais sans troubles nerveux manifestes. A l'âge de 33 ans,

vivement affectée par la mort subite d'un frère, elle voit apparaître peu de temps après une pelade, et six mois plus tard elle avait les cheveux blancs.

MM. Fournier et Detot rapportent deux observations de malades chez lesquels le vitiligo est survenu à la suite d'un grand traumatisme. Le premier avait eu une amputation après une fracture compliquée de la jambe et le second une hystérectomie totale. Tous les deux entraient à Saint-Louis parce qu'ils venaient de contracter la syphilis.

OBSERVATIONS

Observation I (Leloir).

Vitiligo, précédé de phénomènes nerveux multiples et variés, survenu à la suite d'un traumatisme violent de la nuque.

F... Antoine, 31 ans, maçon, homme vigoureux, entre le 10 avril 1881 à la Charité, dans le service de M. Vulpian, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 13. Ce malade ne présente rien de particulier à noter comme antécédents personnels ou héréditaires. Il y a deux mois, il était accroupi la tête penchée en avant, lorsqu'un de ses camarades lui laissa tomber sur la nuque d'une hauteur d'environ 2 mètres, un sceau plein d'eau; il perdit connaissance pendant un quart d'heure. Revenu à lui, il ressentit une céphalalgie très intense et fut obligé de quitter son travail; il éprouvait de fréquents vertiges.

Néanmoins après un repos de trois jours il reprit son ouvrage, mais au bout de trois jours il interrompit de nouveau et s'alita pendant huit jours. A cette époque, la céphalalgie était excessivement vive; en même temps la tête était le siège de sueurs très abondantes accompagnées d'une sensation de froid. Après

un repos de huit jours, il se remit au travail, mais toujours d'une façon incomplète, car peu à peu, outre la céphalalgie, il éprouva différents phénomènes qui le firent entrer à Saint-Louis dans le service de M. Besnier, où il demeura deux mois et demi.

Trois jours après son accident, le malade avait ressenti, sur différents points du cuir chevelu, de fortes démangeaisons ; en même temps, il éprouvait à ce niveau une sensation très marquée de froid, de courant d'air. Ces phénomènes revenaient tous les quarts d'heure, le malade l'éprouvait non seulement au cuir chevelu, mais sur toutes les parties du corps et principalement au scrotum et à la verge, surtout du côté droit. Quelques jours après, il ressentit dans la nuque de vives douleurs qui s'irradièrent jusque dans les épaules. Trois semaines plus tard, apparut à chaque mamelon et à l'épigastre, un point douloureux continuel augmentant dans les grandes inspirations. Deux mois après l'accident, le malade fut atteint de douleurs lombo-abdominales, de difficultés d'uriner (lenteur à uriner et sensation de brûlure dans le canal de l'urèthre), de picotements, d'élancements douloureux, de fourmillements, de démangeaisons dans les membres supérieurs et inférieurs, d'une sensation de froid commençant à la nuque et envahissant successivement et rapidement tout un côté du corps.

Etat actuel. — Tous ces phénomènes que nous avons essayé de décrire : démangeaisons, sensation de froid, douleurs à la nuque, douleurs lombo-abdominales, mamelonnaires, épigastriques, troubles des fonctions urinaires, sensations de piqûres, de fourmis, etc., n'ont jamais cessé depuis leur apparition et persistent encore aujourd'hui avec la même netteté. De plus, on constate que la percussion provoque des douleurs derrière la tête, le long de la nuque et du rachis. Céphalalgie violente.

Quand on met le sujet à nu on constate qu'il est couvert de nombreuses taches de vitiligo ; sur la tête il existe une large plaque de vitiligo, accompagnée de canitie, qui occupe presque tout le cuir chevelu ; quelques plaques de vitiligo sur le devant de la poitrine ; à la partie inférieure de la région abdominale et de chaque côté, il existe une large plaque vitiligineuse irrégulière qui s'étend sur la face antéro-interne des cuisses et la racine de la verge; de chaque côté le scrotum présente une très large plaque de vitiligo; de même il existe une large plaque sur chaque fesse et au niveau des régions lombaires, plaque très grande au niveau de la région antéro-externe des jambes. Enfin, on rencontre d'autres taches plus petites et moins prononcées aux bras, avant-bras et aux mains.

Autour de chacune des plaques vitiligineuses, il existe une zone d'hyperchromie très prononcée. Toutes ces taches se sont produites là surtout où le malade éprouvait et éprouve encore des douleurs. Ces taches sont symétriques; elles ont commencé à apparaître trois semaines ou un mois après le traumatisme de la nuque. La peau au niveau des plaques semble plus douce au toucher, la sensibilité paraît intacte, sauf peut-être au niveau de la grande plaque qui occupe la partie supérieure de la cuisse droite. Les poils qui recouvrent les surfaces vitiligineuses sont atteints de canitie et présentent un aspect légèrement lanugineux.

Observation II (Barbe).

Hystérie et vitiligo survenus à la suite d'une opération de Battey.

D..., âgée de 39 ans, ayant eu cinq enfants, puis deux fausses couches, a été opérée le 4 avril 1891, à l'hôpital Bichat par

M. le Dr Terrier, pour une salpingite kystique double avec kystes des ovaires ; les trompes et les ovaires furent extirpés. Au bout de vingt-cinq jours la malade sortit tout à fait guérie ; naturellement depuis cette époque les règles n'ont pas reparu.

Peu de temps après l'opération, D..., commença à ressentir des troubles nerveux qu'elle n'avait jamais éprouvé auparavant. Aux époques où elle aurait dû avoir ses règles, elle avait des malaises, des bouffées de chaleur à la face, de la perte de la mémoire, la sensation d'une boule lui remontant à la gorge, et amenant de la difficulté pour respirer. Cette sensation était accompagnée de vomissements muqueux. Dans ces derniers temps, les matières vomies avaient été une fois mélangées de sang.

Depuis cette opération, la malade ne cessait de ressentir ces différents malaises. Quelque temps après son état s'aggravait. La malade se plaignait d'une violente douleur névralgique, siégeant en avant dans le sixième espace intercostal gauche, douleur très violente, presque continuelle, s'exaspérant par la marche et la fatigue. Elle présentait aussi des palpitations du cœur fréquentes, sans que l'auscultation révélât quoi que ce fût d'anormal. Perte de l'appétit, amaigrissement considérable.

Au mois de juillet 1893, je revis la malade, qui me dit que depuis quatre semaines des taches blanches lui étaient survenues à la face dorsale des mains, que la peau était comme morte au niveau de ces taches.

En effet, la main droite présentait sur sa face dorsale, au-dessus des deuxième, troisième et quatrième espace interdigitaux, des surfaces décolorées de vitiligo, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, non entourées d'une zone d'hyperchromie. Sur les côtés de la base de l'index, du médius et sur le côté externe de

l'annulaire, petites surfaces également décolorées ; enfin sur le bord cubital de l'auriculaire, petite tache de vitiligo. Celui-ci était plus marqué sur la face dorsale du pouce et sur le bord externe du poignet qui présentaient deux taches situées longitudinalement.

Sur la face dorsale de la main gauche deux taches, dont l'une située sur une ligne correspondant au premier espace interdigital et l'autre plus en dedans, vers le bord cubital de la main ; enfin sur la face dorsale du pouce et sur le bord externe du poignet, deux taches allongées, placées l'une au-dessus de l'autre comme à la main droite. Sur les deux mains, les taches du poignet se prolongeaient du bord externe sur la face antérieure ; là elles étaient entourées d'une zone très nette d'hyperchromie.

Fait curieux, ces taches des mains étaient insensibles au toucher, à la douleur, à l'impression du chaud et du froid.

Enfin la malade présentait sur la lèvre inférieure à gauche une tache décolorée, également insensible à la piqûre, et dans l'aine gauche une plaque décolorée entourée d'une large zone d'hyperchromie.

Observation III (A. Fournier et Detot).

Deux cas de vitiligo.

L..., 48 ans, entré au n° 10, salle Saint-Louis, pour des ulcérations syphilitiques de la région cervicale du côté gauche, présente au niveau de la région inguinale du côté droit, sur la partie inférieure de l'abdomen, sur le scrotum et la verge, à la région inguinale gauche, des taches de vitiligo, taches blanches

entourées d'une auréole surpigmentée, et avec décoloration des poils à leur surface. La sensibilité y est normale. Les taches sont surtout nombreuses au côté droit.

L'existence de ce vitiligo doit être rapprochée d'un traumatisme subi par le malade en 1897, à la suite d'une fracture compliquée de la jambe droite ; le malade a subi une amputation et il porte un appareil prothétique. Peut-être faut-il attribuer au frottement du bandage, joint au fait d'un traumatisme ancien, l'apparition du vitiligo.

Les mêmes suppositions sont permises à propos de la malade suivante :

D..., âgée de 25 ans, atteinte d'une part de syphilis depuis le mois de septembre 1900, présente un vitiligo généralisé : à la région cervicale, aux bras et aux avant-bras, sur la face dorsale des mains, sur le tronc et particulièrement sur les points comprimés par le corset, à la face interne des cuisses. Il n'y a pas de modification de la sensibilité au niveau des plaques achromatiques.

Celles-ci sont entourées de zones hyperchromiques. La malade dit avoir constaté que la pigmentation s'est accentuée d'une façon générale. La malade a en outre observé que ces plaques progressent, disparaissent et réapparaissent en quelques jours.

La malade a subi en 1897 une hystérectomie totale, et c'est seulement depuis cette époque qu'elle s'est aperçue de l'existence de ces taches dont l'apparition peut être rapportée à un traumatisme antérieur, comme dans le fait précédent.

Observation IV (E. Welander).

Sur un cas de vitiligo, de lichen ruber planus et de névrodermite chronique circonscrite.

E. L..., âgé de 24 ans, ouvrier en fer, né de parents sains, pas de dispositions héréditaires ; n'a jamais été malade, n'a pas même eu les maladies ordinaires des enfants, telles que la rougeole et la scarlatine ; n'a jamais eu la syphilis. Vigoureux et bien taillé, il n'a jamais eu aucune affection avant d'être atteint d'un accident assez grave le 7 août 1892. A cette occasion il était à bord d'un bateau omnibus qui chavira. Tous les passagers, lui compris, tombèrent à l'eau, et il y en eut beaucoup de noyés. Quant à lui, il fut tiré en bas trois fois par des camarades d'infortune qui cherchaient à s'accrocher à lui, mais enfin, il fut sauvé. Retiré de l'eau, il eut des tremblements violents, se sentit tout autre qu'il n'avait été auparavant, devint irritable et emporté. Le soir même de l'accident, lui qui avait toujours eu l'esprit calme et insoucieux, s'emporta violemment à propos d'une bagatelle et eut de violentes attaques de nerfs qui duraient une demi-heure. Cette irritabilité et cet emportement ont persisté, et il est souvent arrivé qu'après être entré en fureur pour un motif des plus futiles, il a eu de violents tremblements. Depuis ce temps, il est en outre anxieux et impressionnable, et une cause assez insignifiante peut le faire tressaillir et trembler. Au demeurant, il s'est senti tout à fait bien portant, à part les altérations de la peau. Déjà un mois après l'accident, il s'est aperçu d'une tache blanche et arrondie à la main gauche ; peu à peu de petites taches blanches

et arrondies ont commencé à paraître sur différentes parties du corps. Comme elles n'étaient le siège d'aucun prurit, ni ne l'incommodaient en aucune manière, il n'en a pas observé le développement, et par conséquent il ne peut se rendre compte de leur croissance, ni de l'apparition d'un nombre de taches foncées se trouvant soit autour des taches blanches, soit isolées.

Jusqu'en septembre 1893, il n'a éprouvé aucun prurit, et il n'a pas non plus aperçu d'éruption entassée (à l'exception de ces altérations de coloration). Mais il a commencé à éprouver, à un endroit circonscrit de la face externe de la jambe droite, un prurit qui est devenu si intense qu'il n'a pu s'empêcher de se gratter à cet endroit, presque sans cesse. Bientôt des altérations de la peau ont commencé à se manifester, de petites papules dures ont paru, se localisant à cette plaque prurigineuse, squameuse, un peu saillante et rugueuse, laquelle, depuis, s'est étendue avec beaucoup de lenteur. Au dire du malade, il n'y a jamais eu de suintement. Il dit qu'à l'apparition de cette tache, il n'y avait, dans son contour, ni taches non pigmentées, ni taches à pigmentation exagérée, et que les taches qui s'y trouvent maintenant se sont produites dans les derniers temps. En outre, il raconte que, peu à peu, il a commencé à remarquer une autre éruption de petites papules disséminées çà et là, sans ordre aucun, et qui devinrent le siège de démangeaisons assez intenses. Il dit qu'à ces points l'éruption a précédé le prurit ; (s'il en a été de même d'une plaque circonscrite à la partie inférieure du dos, voilà ce qu'il ne saurait dire). Au moins de décembre dernier, il consulta un médecin qui prescrivit de l'arsenic, remède qu'il prit pendant quelque temps sans éprouver pourtant aucun soulagement réel, ce qui fit que, le 15 jan-

vier 1894, il demanda à être reçu à l'hôpital de Sablatsberg, où il fut traité par l'arsenic jusqu'au 14 février. Pendant ce temps, le prurit diminua ; une partie des petites papules discrètes et saillantes disparurent, laissant après elles des taches à pigmentation exagérées. L'infiltration de la jambe gauche diminua très peu ; les altérations de la coloration de la peau ne diminuèrent pas.

C'est alors le 17 février, le malade demanda à être reçu à l'hôpital de Sank-Göran.

État présent le 26 février 1894. Le malade fortement constitué et ayant bonne mine, est fort nerveux, mais au demeurant, il se sent bien portant. Il s'emporte et s'effraye facilement, et alors il a une crise nerveuse plus ou moins longue, quelquefois d'une demi-heure. Il se plaint de demangeaisons souvent assez pénibles, surtout à la jambe droite. Quant aux sens, ils sont sans altérations: mobilité, sensibilité, tous les réflexes normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni cylindres.

Sur la peau, il y a quantité de taches non pigmentées, presque blanches comme craie ainsi que des plaques plus ou moins fortement pigmentées. Les taches blanches sont de dimensions différentes ; pour la plupart, elles sont arrondies ou ovales ; en quelques endroits les contours sont très irréguliers, et ici, on peut clairement voir que la plaque est le résultat de la confluence de plusieurs taches croissantes. Ces taches ne sont pas prurigineuses, et, au demeurant, la peau est normale. En quelques endroits, aux bras par exemples, la peau entourante est pigmentée d'une manière tout à fait anormale ; en d'autres, au cou, au scrotum, aux creux poplités, elle est brune, presque noire.

Ces taches non pigmentées sont assez symétriquement dissé-

minées sur le corps. Ainsi il y a une pareille petite tache blanche à chacune des paupières supérieures et sous chacune des paupières inférieures. Autour du cou, plusieurs taches arrondies ou irrégulières, plus ou moins larges, nettement distinctes des parties voisines qui, à cet endroit présentent une pigmentation exagérée. Aux deux aisselles, plusieurs petites taches pareilles, dont tous les poils sont d'une coloration foncée. Au bras, quelques petites taches ; aux avant-bras, par contre, surtout à la partie postérieure et à la partie externe, de grandes taches blanches irrégulièrement conformées, formant ici un contraste assez insignifiant contre la peau environnante dont la coloration est tout à fait normale. Quelques taches assez petites aux mains. A la poitrine, à l'abdomen, il n'y a pas de taches non pigmentées; l'ombilic seul (pas l'entourage) est blanc comme la craie. A la partie supérieure du dos, il n'y a pas de taches non pigmentées, seulement, vers les reins paraissent quelques taches blanches fort grandes, en partie de conformation irrégulière.

A la rainure interfessière, il y a aussi des taches presque noires dans l'une d'elles de petites taches blanches comme craie. La région autour de l'orifice anal est occupée par une surface blanche comme craie en forme d'entonnoir divisée en deux parties par une mince strie brunâtre qui s'étend de côté et d'autre à travers cette zone blanche jusqu'à la muqueuse de l'orifice anal, laquelle a une coloration tout à fait normale, formant un fort contraste tant avec l'entourage blanc qu'avec l'entourage noir. Tous les poils des plaques blanches sont ici tout blancs ; aux autres points ils sont noirs. Aux fesses quelques taches assez petites. A la fesse droite du scrotum, une tache blanche comme craie ayant 7 à 8 centimètres de longueur, 3 centimètres de largeur ; les parties environnantes du scro-

tum sont d'un noir brunâtre. Tous les poils de cette tache blanche à l'exception d'un seul sont noirs ; c'est la seule tache non pigmentée où le malade a éprouvé et éprouve toujours des démangeaisons ; ici pas d'effets de grattage. Taches disséminées non pigmentées aux cuisses, à la région des creux poplités, où il y a aussi des plaques à pigmentation exagérée ; qui plus est, le creux poplité droit est en grande partie occupé par une surface cutanée brun noirâtre, dans et autour de laquelle il y a de petites taches pigmentées. Petites taches à la jambe gauche et au pied.

A la partie externe de la jambe droite une grande tache blanche ayant environ les dimensions de la paume avec taches petites ou grandes, blanches ou noires, dans l'entourage. La plus grande fraction de cette partie présente une peau fort altérée ; en cet endroit le malade éprouve depuis plusieurs mois des démangeaisons fort vives et limitées à la partie épaissie. Cette dernière partie se compose proprement de quatre à cinq plaques moins grandes et presque confluentes, entre lesquelles on voit quelques très petites parties où la peau est comparativement normale. En tout, cette surface cutanée altérée a une longueur de 12 centimètres et une largeur de 6 contimètres. La partie centrale ou, plutôt les parties centrales sont un peu saillantes, inégales, avec quantité de petits sillons nettement marqués, dont quelques-uns sont disposés en rectangles presque réguliers, tandis que d'autres forment de petits losanges ; çà et là une saillie papillaire brunâtre ; presque partout, surtout aux sillons une légère desquamation (de fines squames blanches fort adhérentes). Aucune trace de suintement. Cette partie est rose pâle, à l'exception de quelques petits endroits de la partie externe qui sont d'un noir brunâtre. La peau de cette partie est

fort épaissie et infiltrée. Aux environs de cette plaque ; il y a çà et là de petites papules un peu acuminées, plus ou moins isolées, et qui n'ont aucune relation avec les follicules pileux. En dedans et en dessus, cette surface cutanée infiltrée est entourée de taches de vitiligo, à la partie externe il y a des taches irrégulières d'un brun noirâtre, dont quelques-unes avoisinent cette partie infiltrée, tandis que d'autres l'envahissent ; à l'exception de la pigmentation différente cette partie ne présente pas en ces petits endroits la plus petite différence avec les autres parties.

Dans les plaques pigmentées de noir, en dedans et en dehors de la plaque d'infiltration, il y a de petites taches non infiltrées.

Une plaque d'infiltration pareille et présentant le même aspect que la plaque décrite ci-dessus, quoique moins développée, se trouve aussi au-dessus des reins, composée celle là aussi, de plaques non pigmentées, ou à pigmentations exagérées. Ici le malade souffre depuis des mois de démangeaisons fort internes, mais il ne peut pas dire si les démangeaisons ont précédé l'apparition de la partie infiltrée ou non. Des apparences de telles plaques d'infiltration existent aux deux creux poplités. A la fesse gauche il y a une plaque un peu infiltrée et de pigmentation exagérée, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon, à sillons nettement marqués formant des losanges ; aux environs de cette partie des papules discrètes.

A l'exception de ces altérations de la peau, on trouve disséminées, surtout au tronc et aux cuisses, une multitude de taches pigmentées de brun et dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle, ou d'une lentille jusqu'à celui de la fève ; par places ces taches sont presque enfoncées sous le niveau de la peau.

Pas même dans les plus grandes de ces taches on ne peut s'apercevoir de la moindre infiltration de la peau ; nulle part on ne voit ses sillons losangés qui ont les parties infiltrées circonscrites. Çà et là, on voit des taches brunes ayant la partie centrale lisse, en quelque façon enfoncée avec de petites papules agglomérées à la périphérie. Çà et là, on voit aussi quelques petites papules jaunâtres ou brunâtres, brillantes, dures et plates, plus ou moins polygonales.

Observation V (*Personnelle*).

Vitiligo et nerf périphérique.

Il s'agit d'un malade âgé de 24 ans, employé de commerce. Cet homme présente sur le front une tache achromatique très nette de vitiligo. Elle est située sur le front, un peu à droite de la ligne médiane ; c'est une tache blanche, oblongue, longue de 5 centimètres environ sur 3 centimètres de large ; la peau qui l'environne présente une coloration café au lait surtout apparente lorsque le malade rougit ; la tache achromique ne change pas de couleur ou tout au plus devient légèrement rosée. La décoloration s'étend sur toute la paupière inférieure droite et elle se prolonge jusque sur l'angle externe de l'œil. Les sourcils et les cils sont également atteints. Au niveau du sourcil les poils de la partie interne sont tout à faits blancs. Les autres sont franchement châtains ; et tous les cils de la paupière sont décolorés ; ceux de la paupière inférieure sont de coloration normale.

En examinant de près le malade on ne peut pas s'empêcher de rattacher les régions atteintes au territoire d'innervation

cutanée du nerf sus-obitaire de la branche ophtalmique de Willis.

Ce malade est un bacillaire qui a déjà eu plusieurs grandes hémopthysies. Il présente de plus des signes sthétoscopiques très nets de tuberculose pulmonaire.

Il ne présente aucun antécédent personnel nerveux mais on retrouve une hérédité nerveuse très nette du côté maternel.

Observation VI (Federoff).

L'influence psychique sur la production du vitiligo.

(*Wratch*, 50, décembre 1893, p. 1385.)

Un paysan a éprouvé une peur terrible à la suite d'une chute suivie d'une fracture de l'humérus. Peu de temps après se sont montrées des taches blanches sur la peau du tronc ; les cheveux ont perdu leur pigment par places et sont devenus blancs. Les plaques de vitiligo augmentaient de plus en plus, se réunissaient entre elles et formaient de larges placards surtout à la région lombaire et à l'épaule.

Observation VII (personnelle).

Vitiligo et dépression nerveuse.

Malade âgé de 32 ans. Très bien portant et chez lequel la première tache achromique est apparue sur la main gauche à l'âge de 21 ans. Depuis le vitiligo s'étend progressivement et le malade en est aujourd'hui entièrement couvert. Les mains sont couvertes de quelques taches achromiques qui se détachent sur le fond marron du reste de la peau brunie par le soleil. En hiver, le vitiligo nest presque pas apparent, mais en été dès que

le soleil est plus fort les taches hyperchromiques brunissent considérablement, tandis que les taches achromiques conservent leur éclatante blancheur. Les taches hyperchromiques des régions de la peau normalement très pigmentées sont presque noires.

Les cheveux ne sont aucunement atteints et ont conservé partout leur coloration normale.

Les antécédents de notre malade sont indemnes de toute maladie grave, si ce n'est une diphtérie à l'âge de 7 ans assez grave pour entraîner une trachéotomie.

Aucune affection du système nerveux, ni prononcée, ni latente ; notre malade est cependant un nerveux, un intellectuel très impressionnable et qu'un temps gris peut attrister pendant plusieurs jours.

Par moments, il a de grandes dépressions morales dont un séjour de quelque temps à la campagne arrive à bout.

Nous avons donc là un exemple de plus de vitiligo chez un malade qui ne présente qu'un léger trouble fonctionnel du système nerveux, trouble cependant suffisant pour avoir amené l'éclosion d'un vitiligo. Nous pouvons rapprocher cette observation de celle que nous rapportons plus loin au chapitre des métamères, à cause de la disposition métamérique du vitiligo chez ce malade qui est lui aussi un homme très nerveux ; car chez lui le vitiligo est apparu à la suite d'une période de neurasthénie d'une durée de trois semaines qui a succédé à son entrée au service militaire.

Observation VIII (inédite).

Vitiligo et légère neurasthénie.

C'est un malade âgé de 25 ans, qui entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires et épigastriques. Dès que l'on soulève les draps pour examiner son abdomen on est frappé par une coloration, par une pigmentation tout à fait spéciale de son tégument ; on voit que le malade a du vitiligo.

Sur un fond très pigmenté se détachent des plaques non pigmentées. La peau est le siège d'une coloration brunâtre, qui s'étend comme un maillot sur tout le tronc. Elle recouvre également la plus grande partie de la verge et du scrotum, elle s'étend sur le thorax, l'abdomen et le dos de la face interne des cuisses. C'est au niveau de l'hypogastre et de la région ombilicale que la coloration est la plus marquée sur l'abdomen. De là, elle va en diminuant, pour se terminer en haut par une limite vague s'arrêtant sur les clavicules ; puis elle reprend au niveau du cou et de la face. En arrière la coloration est beaucoup moins intense.

Le scrotum et la verge sont très pigmentés de même que les mamelons.

Cette coloration est uniforme, sans pointillé ; elle va en se dégradant, mais ne modifie pas sa tonalité.

Sur elle se détachent des plaques blanches, les unes petites, les autres grandes.

Les petites, diffuses, inégales, siègent un peu partout, la région ombilicale, l'hypogastre, les flancs en sont mouchetés, on en trouve encore sur le thorax, sur le dos, jusque sur les épaules.

Les grandes plaques, au contraire, ont une répartition presque symétrique.

En avant, un losange entoure la racine de la verge et si on soulève le scrotum très bronzé, on trouve une vaste plaque losangique blafarde. Latéralement des plaques ovalaires siègent au niveau des crêtes iliaques, là où s'appuie la ceinture du malade et sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, on trouve une large plaque quadrilatère achromique.

Au niveau de ces plaques la peau est blanche, d'un blanc éclatant même au niveau du scrotum. Ce ne sont pas des plaques de pigmentation normale, mais bien des plaques d'achromies car elles ne sont pas comparables dans leur nuance à la couleur de la peau des parties respectées par l'hyperchromie.

Les mains sont bonnes ainsi que le visage. Elles ne présentent pas de placards blanchâtres. Les cheveux et la peau du crâne ont une coloration normale. Les lèvres, la face interne des joues, la langue ne sont pas pigmentées. Le passé de notre malade ne nous révèle aucune maladie capable d'avoir provoqué le vitiligo et actuellement nous ne trouvons non plus aucune affection du système nerveux en dehors d'une légère exagération des réflexes et d'un caractère irritable.

Nous rapportons encore trois observations que les auteurs ont cru ne pas devoir classer sous la dénomination de vitiligo à étiologie nerveuse, mais que nous estimons bien appartenir à cette grande famille parce que, premièrement ils sont apparus chez des malades plus ou moins nerveux et que deuxièmement ces malades étaient déjà porteurs de plaques de pelade, maladie considérée depuis longtemps et par beaucoup d'auteurs, comme étant d'origine nerveuse.

Observation IX

Pelade chez un homme atteint de vitiligo.

Homme de 46 ans. A l'âge de 2 ans il est tombé d'une fenêtre du premier étage et, peu de temps après, il survint sur la tête des plaques chauves qui, sans aucun traitement, se recouvrirent, au bout d'un certain temps, de cheveux normaux. Ce malade n'a jamais eu de maladies infectieuses. Depuis l'âge de 15 ans, altération pigmentaire à la face et sur le corps qui augmente encore d'étendue. En été les plaques blanches sont plus visibles qu'en hiver en raison de la coloration foncée de la peau normale. Il y a un an, chute des sourcils qui ont repoussé sans traitement et pigmentés d'une manière normale. Il y a deux mois, influenza, fièvre et surtout névralgie dans la tête. Douze jours environ après la guérison de l'influenza chute assez rapide des poils de la barbe et des cheveux chute qui, depuis un mois environ, s'est arrêtée.

Organes internes sains, vitiligo typique sur le front, les joues et la région frontale (un peu en forme de papillon), poils moins nombreux que sur la peau pigmentée normalement. Le vitiligo s'observe en outre à la nuque et dans la région cervicale, à la face interne des cuisses, sur le scrotum et la partie inférieure du pénis. Au scrotum les poils ne sont blancs que sur les régions atteintes de vitiligo ; sur le pubis les poils ont une teinte normale foncée. Les sourcils sont presque tous tombés; il en est de même sur les parties du visage atteintes de vitiligo. Plaque chauve dans la région temporale. Légère séborrhée. Les ongles présentent à tous les doigts des rainures et des cannelures. Nombreuses dents carriées. Le fils du malade âgé de 19 ans a, depuis

un an, la chevelure mélangée de cheveux gris ; il y a en outre une mèche de cheveux gris dans la région temporale. Dans le voisinage de la partie grise plaque de vitiligo en voie d'extension. Le second fils du malade présente des cannelures caractéristiques à tous les ongles des doigts.

Il s'agit ici d'altérations nettement trophonévrotiques ; tout d'abord le vitiligo, dont la localisation symétrique en plusieurs points correspond aux filets nerveux ; la pousse très rare des cheveux sur les parties non pigmentées ; la chute des cheveux il y a quelques années, guérie sans intervention thérapeutique et se reproduisant assez rapidement après une attaque d'influenza qui a produit certainement une action toxique sur les centres trophiques ; les lésions unguéales du malade et de son second fils, ainsi que la leucotrichie et le vitiligo commençant de son fils aîné. Enfin il y a la carie des dents chez le père et le fils.

Observation X (Feulard).

Pelade décalvante et vitiligo.

Augustine D.., est âgée de 12 ans; elle a ses père et mère et trois frères et sœur : un frère aîné de 14 ans, bient portant, ayant eu seulement une légère attaque de convulsions à 20 mois; un plus jeune frère actuellement âgé de 4 ans, parfaitement bien portant, mais ayant eu, lui aussi, des convulsions à 7 mois ; une petite sœur de deux ans bien portante.

La mère n'a pas eu d'autre grossesse.

C'est une femme de 40 ans, bien portante, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux.

Le père est âgé de 44 ans, n'a jamais été malade depuis son mariage, c'est-à-dire depuis quinze ans ; il est sobre.

Le grand-père maternel est mort à 84 ans, il était paralytique ; la grand'mère maternelle, morte à 42 ans, était épileptique ; aucun renseignement sur les grands-parents du côté paternel.

Dans la ligne collatérale, on trouve du côté maternel, une tante morte de tuberculose pulmonaire, cinq oncles, tous bien portants ; du côté paternel, trois oncles également en bonne santé.

L'enfant est d'une bonne santé habituelle ; elle a eu seulement la rougeole dans la première enfance et aurait eu aussi à ce moment quelques petites crises nerveuses, mais depuis six ans, sa santé est parfaite.

Le début du vitiligo à passé inaperçu et, à l'heure actuelle, il préoccupe fort peu la malade et ses parents ; la pelade seule qui a débuté il y a six mois les a poussés à consulter un médecin.

C'est au mois de décembre 1891 qu'a débuté l'alopécie et le début paraît s'être fait par des aires bien limitées. La malade fut alors conduite deux ou trois fois dans un des services de l'hôpital Saint-Louis, où on lui indiqua comme traitement de la pommade au turboth et des lotions excitantes. La pelade n'en continua pas moins sa marche extensive, prit l'allure décalvante au commencement de mars, le cuir chevelu était tout entier dénudé.

Aujourd'hui il est dans le même état ; on remarque seulement quelques poils blancs assez longs, lanugineux, qui, au dire de la malade et de sa mère, sont des poils de repousse. Il faut noter toutefois qu'avant l'alopécie, au dire des mêmes personnes, la chevelure naturellement blonde était déjà parsemée de cheveux blancs, cela sur toute la surface du cuir chevelu et non groupés

en quelques mèches comme cela se voit habituellement dans le vitiligo du cuir chevelu.

Cela tient, croyons-nous, à ce fait que le vitiligo chez cette malade existe bien sur le cuir chevelu, mais au lieu de former une ou quelques taches bien nettes et bien isolées, il se présente, comme on peut le voir, sous forme d'une multitude de petites plaques décolorées, de couleur rose tendre, séparées par des parties pigmentées couleur café au lait clair, à peu près d'égales dimensions et en nombre égal.

Pour finir ce qui a trait à l'appareil pilaire, disons que les sourcils et les cils sont restés indemnes ; quant aux aisselles et aux parties génitales, il y a absence de poils, mais l'enfant n'est pas pubère.

On trouve le vitiligo chez cette petite malade à peu près sur toutes les régions du corps : toutefois, les membres inférieurs sont à peu près indemnes, ainsi que la face.

Les régions les plus attteintes, comme on peut le voir sur les photographies, sont le tronc, le cou et les membres supérieurs.

Le cou présente en effet une décoloration symétrique, occupant les parties latérales et débordant un peu sur le dos, au milieu de laquelle tranche, à la bordure occipitale du cuir chevelu, une bande très pigmentée, large de deux doigts et longue de quatre environ.

Dans le dos, les parties pigmentées l'emportent sur les parties décolorées; mais celles-ci forment à la région sacrée plusieurs îlots irréguliers à bords très nets. Taches décolorées, placées symétriquement sur les hanches et s'avançant de chaque côté sur l'abdomen. La région pubienne est moitié décolorée, moitié pigmentée. Sur la face antérieure du tronc, les parties

décolorées sont relativement de petites dimensions, les parties pigmentées l'emportant en étendue.

Sur les bras, le vitiligo existe avec une symétrie à peu près parfaite, tandis que ses taches sont disséminées sur la face dorsale de la main et des doigts et que la face palmaire est réservée, c'est l'inverse qui a lieu aux poignets, la face antérieure étant décolorée et la face dorsale ayant une coloration brune.

La teinte des parties pigmentées n'est pas absolument blanche, mais plutôt légèrement rosée, comme cela a d'ailleurs été signalé dans nombre de cas de vitiligo. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ni des sensations subjectives ; jamais de démangeaisons. La malade a bon appétit, dort bien et paraît en excellente santé.

J'ajoute que les dents sont très belles, les yeux et les oreilles en bon état.

Observation XI (Morel-Lavallée).

Pelade vitiligineuse.

Un homme est venu me consulter en juillet dernier, porteur de deux plaques de pelade au sommet de la tête, lesquelles présentaient l'aspect et les allures de la pelade en aires discrètes, du type contagieux vulgaire. Ces plaques que je traitai par les scarifications et des applications topiques, guérirent en deux mois environ. Or, en octobre, c'est-à-dire quelque temps après que le malade supposait en avoir fini avec sa pelade, il vit débuter dans la barbe l'affection pour laquelle il vient me consulter à la fin de février 1903.

La barbe aussi brune et aussi richement fournie que le cuir chevelu, est semée de touffes absolument blanches, régulière-

ment orbiculaires de base, d'épaisseur variable (un pois à une pièce de 20 centimes), et au nombre de quatre à cinq seulement. La blancheur en est uniforme, l'adhérence des cheveux y est parfaite, ceux-ci ont conservé leur forme et leur consistance normale.

Au dire du malade, voici comment les choses se passent : quand il s'est aperçu de la première touffe blanche, il a regardé avec soin si les poils tombaient et si la peau était altérée : il a vu alors qu'au centre de la touffe blanche, la peau était d'un rouge accentué, sans boutons, douleurs, prurit. Rapidement la mutation blanche de la couleur brune des poils s'est étendue excentriquement jusqu'à ce que la touffe eut atteint son diamètre total, qu'elle ne quitta plus.

En examinant mon client, j'ai alors cherché moi-même cette coloration rouge centrale de la peau des plaques vitiligineuses, surtout dans les plus petites, qui devaient être en évolution. Je ne l'ai pas trouvée; je n'ai constaté non plus aucune altération en plus ou en moins de la sensibilité à leur niveau. Ce client est encore en observation.

Observation XII (W. Dubreuilh).

Pelade nerveuse et vitiligo.

C..., valet de chambre, âgé de 33 ans, se présente à ma consultation le 29 mars 1892. Il y a six semaines que ses cheveux ont commencé à tomber par plaques sans qu'il ait éprouvé aucune démangeaison ni aucun mal de tête. On ne trouve dans les antécédents immédiats aucune émotion ni choc nerveux d'aucune espèce. Il se faisait habituellement couper les cheveux à la tondeuse, ses cheveux sont noirs. Actuellement o trouve,

sur le cuir chevelu cinq ou six plaques disséminées qui présente déjà une repousse assez abondante d'un fin duvet : Traitement : Lotions générales au sublimé ; applications d'acide acétique à 50 0/0.

12 avril. — Les cheveux ne tombent plus et repoussent sur la plupart des plaques sous forme de fin duvet blanc.

7 mai 1892. — La repousse ne fait aucun progrès.

30 janvier 1893. — C..., revient me voir, depuis sa dernière visite les plaques ont constamment grandi et aucune des anciennes n'a jamais guéri complètement la repousse n'a pas dépassé l'état de duvet. Le cuir chevelu est complètement glabre sauf une petite touffe de cheveux noirs à la nuque, et quelques bouquets de cheveux blancs assez forts. La peau est souple et de couleur normale et non achromateuse ; les follicules pileux sont partout visibles et presque tous occupés par un poil de duvet, mais en certaines régions comme au sommet de la tête, ce duvet qui n'a pas plus de 1 millimètre de long est tellement fin qu'il n'est visible qu'en regardant à contre-jour.

Les sourcils sont tombés de même que la plus grande partie des cils. De la barbe il ne reste que la mouche qui n'est jamais tombée et quelques îlots de repousse sur la lèvre supérieure formés de poils assez forts mais blancs. Tout le reste de la face est glabre mais non décoloré.

Depuis quinze jours il a remarqué la chute des poils du pubis et l'apparition de plaques blanches dans la même région. Actuellement dans toute la région génitale, pubis et scrotum, les poils sont clairsemés mais sans plaques alopéciques limitées. Sur la verge et le scrotum se trouvent des plaques achromateuses de vitiligo qui ont notablement grandi depuis une quinzaine de jours qu'il les a remarquées. Les plaques décolo-

rées sont piquetées de points bruns qui correspondent à autant de poils restés en place.

Pas de troubles de la sensibilité.

On rencontre fréquemment le vitiligo chez les aliénés. Déjà en 1877 le Dr Adrian Fèvre, de Lille, insiste sur les pigmentations anormales que l'on rencontre chez les déments ; il rapporte un cas remarquable de pigmentation symétrique survenue à la suite de phénomènes mentaux graves, et disparue graduellement avec l'amélioration du malade. Beigel insiste sur la fréquence de l'albinisme et des pigmentations anormales chez les fous et en particulier chez les épileptiques.

O'Wyss rapporte un cas de pigmentation correspondant à la distribution de certains nerfs, survenue à l'âge de 4 ans, chez un sujet atteint d'asymétrie du crâne et de la face, d'une innervation défectueuse du facial droit, d'une déviation de la langue à gauche, retardée dans son développement intellectuel et sujet aux maux de tête.

Nous ajoutons à ces observations que nous avons empruntées à la thèse de Leloir, deux observations de vitiligo chez deux aliénés que, M. Pons publie dans la *Revue de dermatologie et syphiligraphie*, 1892. Quoique convaincu, dit l'auteur, de la rareté du vitiligo chez les aliénés, ces deux cas sont néanmoins très intéressants car le vitiligo est apparu et s'est étendu pendant des périodes d'excitation. Nous donnons une observation inédite, et que nous devons à l'obligeance de M. Séglas, d'un mélancolique chez lequel le vitiligo s'étend manifestement pendant les périodes d'excitation.

Observation XIII (inédite),

due à l'obligeance de M. Séglas.

Vitiligo et aliénation mentale.

R.., âgé de 58 ans, vitiligo des mains, énormes plaques brunes occupant tout le dos des mains et faisant comme un bracelet autour du poignet. Ses deux pouces entièrement achromiques, d'une couleur rose vif, ses autres doigts sont alternativement occupés par des taches roses et noires, les roses sont bien plus étendues.

Vitiligo des organes génitaux. La verge est recouverte entièrement d'une plaque pigmentée interrompue sur le dos par une petite tache déchiquetée achromique et sur la face inférieure par une tache achromique plus grande. Sur le scrotum on voit une tache rose, qui part à gauche de la face inférieure et qui va jusqu'à la face interne de la cuisse gauche.

Le tronc est très foncé et il ne présente qu'une tache achromique à gauche de la colonne vertébrale un peu au-dessus de la ceinture, le reste du dos est de coloration à peu près normale tacheté de petites plaques lenticulaires de petites dimensions.

La région thoracique est blanche et ne présente que de petites taches lentigineuses disséminées discrètement. Le malade est entièrement chauve, tout le sommet du crâne est occupé par de petites taches achromiques qui tranchent sur le fond pigmenté du reste du cuir chevelu.

La face et la nuque sont très hâlées et on n'y distingue rien de particulier.

Le malade avoue la syphilis. Il aurait eu un chancre à vingt

ans, et a perdu tous ses cheveux ; mais l'interrogatoire est très difficile le malade approuvant plutôt tout ce qu'on lui demande, d'ailleurs il n'en reste aucun stigmate.

Les réflexes rotuliens et achiléens sont conservés, il en est de même des réflexes pupillaires.

Sa sensibilité est normale.

Le malade est un mélancolique; le vitiligo s'étend manifestement pendant les périodes d'excitations.

Observations XIV (Pons).

Vitiligo chez les aliénés.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, imbécile par arrêt de développement du crâne qui, tout à coup, cesse de travailler, devient agitée jour et nuit, se plaint de la tête et du ventre, gémit constamment et présente des accidents vertigineux mal définis ; c'est alors qu'apparaissent en petit nombre les premières taches de vitiligo, limitées aux mains, aux pieds, au front. Trois mois plus tard elle est atteinte d'un érysipèle dont la convalescence est pénible et marquée par des phénomènes nerveux semblant se rattacher à une lésion temporaire de la moëlle ; le vitiligo s'étend à ce moment à toute la surface cutanée ; la coloration des taches hyperchromiques est très accusée et l'aspect de la malade rappelle celui de la maladie d'Addison. Les lésions persistent avec cette intensité.

Chez la deuxième malade, une neurasthénique âgée de 47 ans, des accès de céphalée très intense ont été suivis de modifications dans la couleur des cheveux qui sont devenus blancs à la région occipitale au moment de la puberté et sur toute la tête après une grossesse, en même temps que des taches de vitiligo appa-

raissaient sur les mains et le visage. Quelques années plus tard, troubles cérébraux très accusés, hallucinations, accès de sensiblerie, crises émotives et exaltations violentes. Le vitiligo occupe la face et les mains ; les portions hyperchromiques ont une teinte bronzée ; les cheveux sont presque entièrement blancs, ainsi que les poils de la région pubienne.

Parmi les troubles fonctionnels du système nerveux qui favorisent l'éclosion du vitiligo, nous devons réserver une place assez importante à l'hystérie.

Chabrier cite l'observation d'une malade, une fillette qui est très nerveuse ; l'auteur pense en 1880 que ce fait mérite d'être pris en considération.

Lebrun rapporte l'observation de la thèse de Leloir, d'un tuberculeux qui présente des stigmates d'hystérie. M. Ducastel fait en 1892 une communication, à la Société de dermatologie au sujet d'un jeune malade qui tombe dans une cave à l'âge de 3 ans. Mais ce n'est qu'à l'âge de 8 ans que le vitiligo apparut. Il présente également de la leucoplasie buccale depuis l'âge de 12 ans. C'est un malade très nerveux qui a de véritables crises de nerfs. Les réflexes à la piqûre, au toucher, au froid surtout, et les réflexes tendineux sont excessifs. C'est pourquoi nous reproduisons cette observation ici tout en faisant une réserve pour la leucoplasie qui pouvait faire penser que le vitiligo et la leucoplasie serait de même origine syphilitique.

L'observation inédite que nous rapportons et que nous devons à l'obligeance de M. Pierre Marie est celle d'un hystérique qui a eu un chancre syphilitique cer-

tain ; mais il ne reste aucun stigmate de sa syphilis déjà très ancienne. C'est un malade qui a des crises convulsives névropathiques qu'il rapporte à une insolation qu'il aurait eue en 1873.

Observation XV (Du Castel).

Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la société, est atteint de vitiligo ; s'il faut s'en rapporter au dire de mon client, voici dans quelles conditions son affection aurait commencé : à l'âge de 3 ans, il tomba dans une cave ; quelques jours après on constatait la présence de cheveux blancs disséminés irrégulièrement sur toute la surface du cuir chevelu. Vers l'âge de 8 ans seulement, des tâches blanches se montrèrent sur la surface du corps et débutèrent par la face postérieure des jambes: depuis lors, des plaques se sont développées successivement sur un grand nombre de points de la surface du corps.

Aujourd'hui on ne constate aucune affection viscérale. Le malade est très nerveux, très irritable et déclare avoir eu de véritables crises nerveuses dans son enfance. Les réflexes, à la piqûre, au toucher, au froid surtout, les réflexes tendineux sont excessifs. Prurit fréquent surtout au niveau des plaques de vitiligo, sueurs fréquentes, très abondantes, notamment la nuit et au réveil. Sensation de doigt mort, quand les mains ont été plongées quelques instants dans l'eau.

Les plaques de vitiligo sont nettement caractérisées avec leurs formes arrondies, leur dépigmentation accusée, et leur bordure d'hyperchromie ; quelques-unes présentent sur l'un et l'autre côté du corps une symétrie relative.

Sur la tête, dans la barbe, nombreux poils blancs, mais la plupart disséminés et isolés, quelques-uns seulement réunis en groupes.

Sur la poitrine, la lésion présente une disposition remarquable ; autour de nombreux poils, on constate une auréole d'un millimètre de rayon, nettement décolorée, d'une blancheur éclatante. La plupart des poils, ainsi entourés d'une zone décolorée, ont conservé leur couleur normale et ne sont pas blancs.

Mais la lésion pour laquelle j'ai cru devoir vous présenter ce malade, n'occupe pas la peau, c'est une lésion de la muqueuse buccale, dont je voudrais bien connaître les relations avec les lésions de la peau.

La plus grande partie du dos de la langue est le siège d'une leucoplasie, d'une leuco-kératose très developpée. Sur la partie moyenne du dos de la langue, une plaque nacrée, d'épaisseur inégale suivant les points, dure, bosselée, craquelée, s'étend d'un bord à l'autre de l'organe ; elle est divisée en plaques secondaires, en petits lobules par des sillons irrégulièrement disposés, peu profonde : La surface malade est le siège d'une grande sensibilité ; la pointe de la langue est normale.

La voûte palatine est le siège de lésions analogues, le long des grosses molaires, de chaque côté, on voit deux bandes nacrées légèrement surélevées. Dans la concavité de la voûte, il existe trois petits îlots nacrés analogues.

Sur la face interne des joues, quelques plaques nacrées dans l'interstice dentaire.

Les lésions buccales se sont montrées, paraît-il, vers l'âge de 12 ans, et ne peuvent donc être considérées comme des plaques de fumeurs.

Existe-il une relation entre les lésions buccales et les lésions

cutanées ? Quelle est cette relation ? Je serais bien heureux si quelqu'un de nos maîtres pouvait établir cette relation d'une façon positive ; pour ma part je suis bien tenté de rapprocher l'une de l'autre, deux affections qui ont commencé l'une et l'autre dans l'enfance.

Observation XVI (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. P. Marie.)

Vitiligo, syphilis et hystérie.

Malade âgé de 57 ans, qui a eu une coxalgie à 38 ans. Il présente du vitiligo des mains, de la tête et des organes génitaux. Il a sur la joue droite une tache pigmentée longitudinale allant de l'angle externe de l'œil à la mâchoire et prenant la paupière supérieure. Les bords de la tache sont irréguliers et déchiquetés, les téguments qui se trouvent à droite et à gauche, et qui occupent tout le reste de la joue sont d'un rose vif et entièrement décolorés.

Le malade est très chauve et ne présente plus qu'une couronne de cheveux autour de la tête : tout le front et le crâne sont occupés par une immense plaque décolorée. Le cou présente tout autour plusieurs taches très pigmentées, dont deux plus grandes qui occupent chacune le côté droit et le côté gauche de la région thyroïdienne et qui sont séparées l'une de l'autre par une plaque décolorée, les parties latérales du cou et la nuque sont tatouées de petites plaques pigmentées et de grandes plaques décolorées d'un rose vif.

Sur l'épaule droite au niveau de l'épine se trouve un piqueté occupant une surface d'une pièce de 1 franc environ pigmenté,

sur un fond blanc neige. Il en est de même sur l'épaule gauche, mais sur une étendue plus grande suivant longitudinalement l'épine. Deux petites taches claires sur le bord droit au niveau du rebord du grand pectoral, les poils de l'aisselle, très décolorés.

Le thorax paraît d'ailleurs être occupé par une immense tache achromique, car les téguments sont irrégulièrement blancs.

Le coude droit et le tiers inférieur et postérieur de l'avant-bras présentent des taches brunes lentigineuses de très petit diamètre et le fond occupé par ces taches est entièrement décoloré. Sur le coude gauche la pigmentation est extrêmement discrète. Les plis de flexion des deux coudes sont occupés par deux taches légèrement pigmentées mais qui se détachent très nettement sur le fond blanc du reste de la peau.

Les faces dorsales des deux mains paraissent gantées de mitaines jusqu au-dessus du tiers inférieur de l'avant-bras. Les taches pigmentées sont très brunes, très foncées, à peine interrompues au niveau du poignet et des extrémités inférieures des métacarpiens par de petites taches décolorées. Les doigts sont entièrement achromiques et très roses et présentent à peine quelques petites taches lentiginenses à leur racine.

Les poils du pubis sont entièrement blancs, quoique les cheveux et la moustache grisonnent à peine. Le fourreau de la verge présente deux taches l'une achromique et l'autre pigmentée, qui l'entourent dans tous les sens. Les bourses sont moins atteintes, elle ne présentent néanmoins pas la coloration normale, la plus grande partie en est très rose et la pigmentation réduite à quelques petites plaques en est bien plus discrète.

Ce malade a eu à 37 ans un chancre syphilitique, il ne se rappelle aucun accident secondaire.

Les réflexes sont normaux. Le champ visuel est rétréci, bien plus à droite qu'à gauche.

Il n'a pas de Romberg.

Le malade bégaie d'une façon très prononcée.

Le réflexe pharyngien est aboli : et il présente en outre une obtusion générale de la sensibilité cutanée ; mais la diminution est bien plus marquée à droite qu'à gauche.

Il a des crises convulsives névropathiques qu'il rapporte à une insolation en 1873 ; et se met en colère comme un enfant pour la moindre des choses.

Observation XVII (A. Lebrun).

Vitiligo et hystérie.

D... E..., chaudronnier, 37 ans, entre à l'hôpital au commencement de février 1886.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort du choléra ; sa mère est morte phtisique ; sur neuf enfants qu'ils étaient, deux, les aînés, sont morts.

Antécédents personnels. — Le malade ne se rappelle pas avoir eu de maladie commune à la jeunesse. A 25 ans, atteint d'une bronchite, il s'est très bien guéri. Il dit n'avoir jamais eu de maladies syphilitique ni vénériennes : seulement il avoue avoir fait beaucoup d'excès de boissons, malgré lesquels il n'a pas conservé de tremblement alcoolique. Avant le début de sa maladie, il se mettait facilement en colère, et c'est après « un coup de tête » qu'il s'est engagé dans la légion étrangère. Interrogé au point de vue du système nerveux, il nous dit que sa mère était très nerveuse, qu'elle était prompte à se fâcher : jamais ses sœurs ni lui n'ont eu d'attaques de nerfs ; seulement

à l'âge de 20 ans, il a éprouvé souvent des sortes de crampes, des soubresauts dans les bras et les jambes, soubresauts qui se produisaient la nuit, étant couché, et se répétaient assez fréquemment, mais sans lui causer de douleur. Ces soubresauts ont disparu depuis longtemps.

Parti en Afrique depuis trois ans, en 1883, il a eu des fièvres palustres; mais le malade ne sait pas nous indiquer quelles sortes de fièvres, qui ont été probablement très légères, car la rate n'est pas augmentée de volume.

Etat actuel. — Homme d'apparence robuste, grand, encore assez bien musclé, quoiqu'il nous dise avoir beaucoup maigri depuis un an, époque où il a commencé à tousser et à sentir ses forces diminuer.

Au mois de septembre dernier, 1885, le malade a craché du sang plusieurs fois : c'est alors qu'il est entré à l'hôpital d'Oran où il est resté cinq mois.

Après ce séjour à l'hôpital d'Oran, il revient à Lille en convalescence, et rentre immédiatement à l'hôpital Saint-Sauveur service de M. le professeur Wannebroucq, au commencement de février.

Ce malade est arrivé à la seconde période de la tuberculose; mais nous passerons au-dessus de cette maladie pour arriver de suite à une affection cutanée qui nous intéresse davantage.

Le malade qui est très foncé de couleur naturelle, présente en différents endroits, des petites taches blanches, rondes et ovales, variant de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à des plaques de 10 centimètres de largeur, et même plus.

Si nous l'interrogeons sur la production de ces taches blanches, il nous répond, que ces taches sont apparues depuis six mois (septembre), alors qu'il a craché du sang pour la première

fois ; il a éprouvé une violente émotion à la vue de ce sang et quelques jours après il a vu apparaître ces taches.

Ce sont des taches de vitiligo disséminées un peu partout, sauf à la face et sur le dos, qui sont respectés : les membres supérieurs, le tronc, les lombes, les membres inférieurs sont couverts de plaques de dimensions variables.

Ces taches commencent, dit le malade, par un petit point blanchâtre comme une lentille et vont toujours en s'élargissant.

La première qu'il remarqua se trouvait à la face externe de l'index droit; puis d'autres apparurent et en augmentant l'étendue finirent par envahir tout l'espace compris entre le premier métacarpien et le second.

Dans cet espace triangulaire, existait un tatouage, une ancre, qui a presque disparu sous l'action de l'achromie. Du côté gauche, les taches sont à peu près symétriques mais moins nombreuses et moins développées.

Aux avant-bras face antérieure, deux taches longues d'environ 10 à 12 centimètres sur toute la largeur de l'avant-bras ; face postérieure, deux taches qui remontent jusqu'au-dessus de l'épitrochlée.

Les bras sont respectés, à part deux ou trois petites taches, de sorte que cette achromie diminue à mesure que l'on se rapproche de la racine des membres.

Aux membres inférieurs, c'est le contraire qui se produit; sur les cuisses c'est de l'achromie presque généralisée, excepté à la face tout à fait interne, en avant des adducteurs et sur les bourses ou l'hyperchromie est très prononcée.

Aux jambes, la partie antéro-externe est couverte de petites taches d'achromie, mais moins que sur les cuisses.

Aux pieds, enfin, quelques taches sur la face externe.

L'affection perd de son intensité de la racine aux extrémités.

Nous avons trouvé chez ce malade divers phénomènes que nous allons exposer.

En dehors des taches d'achromie, la malade a par-ci par-là quelques petites plaques d'anesthésie à l'avant bras gauche, à la cuisse gauche, face interne sur les plaques, un peu de retard à la sensibilité tactile, de même qu'à la douleur. Il nous dit qu'à l'hôpital d'Oran, le médecin-major, dans la plaque d'achromie de l'avant-bras droit, lui a enfoncé une épingle de quelques centimètres, et il n'a rien senti. Encore maintenant le malade se pince avec force et ne sent presque rien.

La sensibilité à la chaleur est conservée par tout le corps.

La vue a diminué un peu depuis qu'il est malade ; le champ visuel de l'œil droit est rétréci ; l'œil droit ne voit pas la couleur bleue.

Quant à l'ouïe, le malade entend très mal, ce qui tient peut-être à son métier (chaudronnier) ; quoi qu'il en soit il entend mieux de l'oreille droite.

Il y a un peu d'insensibilité du voile du palais.

Les réflexes sont normaux.

Au sommet du thorax, côté droit, le malade a eu des pointes de feu ; à cet endroit est une plaque d'achromie d'un diamètre d'environ 10 centimètres, et au-dessous de cette plaque on voit les traces de pointes de feu sous forme de petits points rougeâtres.

De nombreux faits viennent encore démontrer le rôle que joue le système nerveux dans la production et la distribution des pigments, en produisant, tantôt des

phénomènes d'achromie, tantôt des phénomènes d'hyperchromie.

Les chirurgiens américains, dit Leloir, signalent d'assez nombreux exemples de pigmentation anormale de l'épiderme après la section complète des nerfs.

Leloir cite plusieurs ouvrages qui démontrent les relations qui existent entre des lésions des nerfs et des pigmentations anormales.

Couyba (Thèse de Paris, 1871) rapporte un cas de pigmentation anormale se produisant le long du nerf cubital et du nerf médian lésés.

Duplay et Morat insistent sur la pigmentation anormale de la peau au voisinage des ulcères trophiques qu'ils ont si bien étudiés.

Germain cite des observations analogues de troubles pigmentaires à la suite de lésions des nerfs périphériques succédant aux gelures.

Thédenat dit dans sa thèse d'agrégation 1880 *Sur les gelures* que dans les troubles trophiques succédant aux gelures : « L'absence de dyschromie est une exception. La coloration de la peau varie du brun roussâtre à l'aspect bronzé de la maladie d'Addison. Il est rare que les plaques dyschromiques un peu étendues aient partout la même intensité de coloration ; celle-ci va en se dégradant du centre à la périphérie. Tout autour des grandes plaques existe un pointillé vague qui les réunit. En certains points le pigment semble faire complètement défaut... C'est ainsi d'ailleurs que les choses se passent dans beaucoup de cas de vitiligo. Souvent des dépôts pigmentaires se font abondamment dans la

zone de distribution d'un nerf dont les fonctions sont lésées. »

Parot insiste sur le rapport qui existe entre les troubles névralgiques et l'apparition de taches pigmentaires ; il publie à cet égard plusieurs observations importantes et termine en disant : « Après la lecture de ces faits on ne peut douter que chez quelques femmes, la pigmentation de la face ne soit pas sous la dépendance d'accidents nerveux et surtout de névralgies parmi lesquelles celles de l'utérus et du tube digestif semblent tenir le premier rang. »

La thèse de Chabrier et celle de Lebrun nous fournissent un certain nombre d'observations que nous classons dans cette dernière catégorie de faits ; c'est-à-dire dans la catégorie du vitiligo développé chez des malades qui présentent des phénomènes névralgiques.

Lebrun rapporte trois observations, tirées de la thèse de Leloir. Deux observations sont celles de malades souffrant de violentes névralgies chez lesquels le vitiligo semble suivre le trajet de ces nerfs ; une quatrième observation avec examen histologique et processus dégénératif des nerfs est une de celles sur lesquelles Leloir s'est basé pour affirmer que « certains cas de vitiligo sont des affections d'origine trophique en rapport avec des altérations des nerfs périphériques, fait qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été démontré anatomo-pathologiquement ».

M. Ducastel rapporte un exemple de vitiligo chez un malade qui souffrait depuis l'âge de 17 ans de névralgies faciales intenses et prolongées.

Observation XVIII (Leloir).

Vitiligo et névralgies.

Sch..., Anna, journalière, entre le 13 mars 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Geneviève, lit 24, dans le service de M. Duguet.

Pendant son enfance, cette malade eut deux fois un abcès siégeant vers l'apopyhse mastoïde (la deuxième fois à l'âge de 11 ans); on trouve encore du côté droit la cicatrice de cet abcès. Vers l'âge de 25 ans, elle est sujette à des névralgies faciales, à des migraines assez tenaces, toujours limitées au côté droit de la face et semblant suivre les diverses branches du trijumeau.

Vers l'âge de 38 ans, la malade s'aperçoit que son sourcil droit commence à blanchir, les poils blancs sont alors situés au niveau du trou sus-orbitaire; de là, le vitiligo du sourcil s'étend simultanément vers la tête et vers la queue du sourcil (envahissant ainsi la moitié environ du sourcil du côté droit).

Vers la même époque, la malade remarque que les cils de la paupière supérieure commencent à se décolorer. Le vitiligo débute, là encore, par la partie médiane de la paupière supérieure; il y reste d'ailleurs limité, la paupière inférieure n'offre qu'un ou deux poils décolorés. Vers l'angle externe de l'œil, on observe sur la peau une plaque de vitiligo de la grandeur d'une pièce de 20 centimes sans augmentation de coloration dans la peau périphérique. Les cheveux implantés immédiatement derrière l'oreille droite présentent la même décoloration, ce qui contraste avec la couleur noire des autres cheveux. Les

paupières, la peau du front n'offrent pas de traces appréciables de décoloration. Le vitiligo évolue lentement, graduellement sans troubles nerveux sensibles.

Plus tard, apparaissent des phénomènes de néphrite parenchymateuse.

Observation XIX (Leloir).

Vitiligo et névralgies.

En mai 1885, M. le professeur Leloir, réserviste à Saint-Omer, vit, avec M. le Dr Favier, médecin-major, un soldat de 23 ans, B..., de Rouen, atteint de vitiligo. C'était de l'achromie presque généralisée ; on voyait par places quelques plaques d'hyperchromie, à la verge, à l'aisselle, au pli inguinal gauche. Son vitiligo a commencé alors qu'il avait 18 ans. Il augmente tous les étés et reste stationnaire le reste du temps.

Cet individu déclare ne jamais avoir été malade, seulement, quelque temps avant l'apparition des premières plaques vitiligineuses, il a éprouvé de grands maux de tête, des névralgies.

Depuis ce temps aussi, il est très sujet aux névralgies de toutes sortes, aux douleurs et engourdissements de jambes. Son affection a toujours été en augmentant depuis l'âge de 18 ans ; l'achromie est surtout généralisée ; elle a envahi toute la surface du corps, sauf la tête et les membres. L'hyperchromie n'existe que dans les endroits indiqués ci-dessus, sous forme de taches : aisselle et pli inguinal gauche, verge.

Comme antécédents héréditaires, il raconte que ses parents sont sujets à des névralgies, à des migraines. De plus sa mère qui est très nerveuse est atteinte de vitiligo et a des migraines

très souvent. Sa grand'mère qui vit encore, et a 70 ans, est mouchetée et tachetée de vitiligo.

Le malade a deux frères et une sœur qui sont bien portants; ils n'ont jamais eu aucune espèce de maladie cutanée.

Observation XX (Du Castel).

Psoriasis arthropathique et vitiligo (névralgies).

L..., 48 ans, est une femme de taille moyenne, d'embonpoint marqué, dont la santé générale paraît bonne, n'étaient les manifestations rhumatismales dont nous allons avoir à parler.

Son père est mort à 57 ans à l'asile Saint-Anne où il était entré pour une paralysie (?); sa mère est morte à 36 ans d'une infection pulmonaire. La malade aurait eu la coqueluche à 5 ans, le charbon (?) à peu près à la même époque ; l'an dernier, son fils est mort de tuberculose laryngée.

Depuis l'âge de 17 ans, L..., est sujette à des névralgies faciales fréquentes, intenses et prolongées. Depuis plusieurs années, elle souffre de douleurs rhumatismales qui ont occupé les épaules, les genoux, les pieds et les mains ; celles-ci sont notablement déformées.

A l'âge de 23 ans à la suite d'un accouchement, la malade a eu des dartres aux coudes et aux genoux ; ces dartres guérirent seules, sans que la malade s'en occupât autrement. Il y a huit ans, elle eut un placard psoriasique sur la poitrine qui guérit rapidement.

Aujourd'hui L..., vient consulter pour ses rhumatismes, et ce n'est qu'accidentellement qu'elle nous raconte qu'elle a une éruption sur le corps au niveau de la ceinture. En la faisant

déshabiller, nous constatons l'existence des placards psoriasiques papulo-squameux, réguliers, arrondis : ces placards occupent le centre de taches achromatiques un peu plus larges qu'eux, situées au centre de larges plaques hyperchromatiques dont l'association présente tous les caractères du vitiligo. Sur le haut de la région présternale, plaque psoriasique analogue ; sur le côté droit du tronc, il existe quelques placards achromatiques indemnes d'éruptions psoriasique.

Sur les avant-bras, il n'existe que des plaques de vitiligo nettement caractérisées.

Aux coudes, quelques papules psoriasiques reposant sur une peau saine, non atteinte de vitiligo. L'interrogatoire de la malade ne permet pas d'établir quelle lésion, vitiligo ou psoriasis, a commencé. L..., croit se rappeler qu'après la guérison du placard psoriasique qu'elle eut, il y a huit ans, sa peau a commencé à changer de couleur ; elle ne saurait rien affirmer de précis ; mais ce qu'elle peut garantir, c'est qu'il n'y a jamais eu d'éruption psoriasiformes au niveau des manifestations vitiligineuses de l'avant-bras.

On rencontre souvent, dit Leloir, des altérations pigmentaires dans le cours d'une névrite chronique succédant à des intoxications par l'oxyde de carbone par exemple.

M. Émery donne à ce sujet une observation très intéressante; il s'agit d'un cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole. L'intérêt de cette observation est double, il est en effet curieux d'y relever non seulement la coexistence d'un vitiligo aigu lié à

des phénomènes manifestes de névrite périphérique ; mais il est plus singulier et plus intéressant encore de rattacher de semblables troubles nerveux à une intoxication due aux vapeurs d'essence de pétrole.

Rarement on a pu rattacher le vitiligo à des troubles nerveux dont les manifestations ont si nettement dominé la scène et à des troubles nerveux qui paraissent tout à fait indépendants de l'axe cérébro-spinal comme dans le cas de M. Émery. Sans qu'il ait pu toutefois déterminer le mode d'action et les voies d'absorption de l'essence de pétrole dans laquelle le malade a les mains constamment plongées, il est cependant certain que la concordance des faits semble incriminer par dessus tout cette dernière cause.

Observation XXI (Emery).

Cas de vitiligo aigu lié au développement d'une névrite périphérique chez un intoxiqué par les essences de pétrole.

C..., 43 ans, dégraisseur.

Le père de ce malade est bien portant et a 80 ans.

Sa mère est morte d'une maladie de foie.

On note dans ses antécédents personnels :

Une fièvre typhoïde contractée vers l'âge de 6 ans. Plusieurs blennorrhagies. Jamais de chancre. Aucun accident syphilitique.

A 18 ans, ce malade est parti aux colonies où il est resté jusqu'à 23 ans. En 1875, étant en Cochinchine, il eut une congestion cérébrale causée par un coup de soleil. Il resta six mois à l'hôpital, traité par des applications de glace sur la tête et com-

plètement paralysé. Revenu en France en 1877, il eut les fièvres dès son retour. Puis il repartit en Cochinchine pendant deux ans, où il fut de nouveau repris par les fièvres. Il revint en France définitivement en 1879. Depuis son retour, il est sujet à des douleurs articulaires, qui ont augmenté de fréquence et d intensité depuis trois ou quatre ans.

Depuis 1879, il fit plusieurs métiers tour à tour, garçon de bureau, mécanicien, doreur sur cuivre, porteur aux pompes funèbres ; il semble avoir continué pendant tout ce temps les excès alcooliques dont il avait pris l'habitude aux colonies.

Depuis deux ans, il travaille chez un fabricant de cycles comme dégraisseur. Les pièces d'acier qui doivent être nickelées doivent, après le polissage, être « dégraissées » en passant dans un bain d'essence minérale où elles sont brossées. Le malade est chargé de ce soin et a par conséquent les mains plongées presque continuellement dans l'essence minérale. Depuis qu'il a cette occupation il ressent des maux de tête et éprouve des troubles divers du côté des membres supérieurs, surtout vers son bras droit. Il accuse des engourdissements, des fourmillements, de la faiblesse musculaire et parfois des tremblements. Tous ces phénomènes ont augmenté d'intensité il y a deux mois environ, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital Lariboisière.

Il avait alors des maux de tête violents, des bouffées de chaleur à la face et aussi une impossibilité presque absolue de se servir de ses bras, et surtout du bras droit. Il ressent des douleurs névralgiques qui partent de la région scapulaire, du bord externe de l'omoplate et qui s'irradient dans tout le membre supérieur jusqu'au bout des doigts.

Par moments, le bras droit et surtout la droite tenue dans

l'extension sont agités d'un tremblement involontaire à petites oscillations. La main est pendante, trahissant une prédominance à se paralyser du côté des extenseurs. Il y a deux mois, affirme le malade, l'anesthésie des deux membres, surtout du membre droit, était absolument complète, de même que l'analgésie. Il présentait aussi des troubles vaso-moteurs manifestes, tels que : refroidissement des extrémités, cyanose et parfois même œdème des mains.

On ne note actuellement aucun trouble appréciable de la sensibilité tactile. Seule la sensibilité à la douleur est légèrement atténuée. Sur les deux membres on ne relève aucune trace d'amyotrophie. Mais on constate une diminution considérable de la force musculaire dans les deux mains. La pression de la main est à peine sensible. On note également une intégrité parfaite du système nerveux central. La marche est assurée ; pas de troubles sphinctériens, pas de phénomènes pupillaires.

Depuis deux mois, et en coïncidence avec l'apparition des douleurs et la recrudescence des phénomènes paralytiques, apparurent sur les bras et particulièrement sur la face postérieure des avant-bras, de larges taches pigmentaires de vitiligo. Leur évolution fut extrêmement rapide. Le malade fut surpris, quelques jours après les phénomènes douloureux, par la présence de ces taches qui depuis n'ont pas augmenté d'étendue.

Les mêmes taches de vitiligo se retrouvent beaucoup plus accentuées encore en différents points du corps et notamment sur la face (front, joues, nez) et sur le scrotum. Le malade n'a présenté aucun trouble de la mobilité du côté de la face, mais en même temps que les douleurs du bras, il éprouve de violentes névralgies.

Leloir a démontré anatomo-pathologiquement, les lésions de névrite périphérique; nous rapportons ici ses conclusions, conclusions confirmées encore par M. Déjerine à la Société d'anatomie en 1881 :

« On constate sur chaque préparation quelques tubes « sains et un très grand nombre de gaines vides, dans « une proportion difficile à évaluer exactement mais « on peut estimer approximativement que ces derniers « sont aux tubes sains comme cinq et dix ; nulle part, je « n'ai constaté de nerfs en voie d'altération ; nulle part « je n'ai observé de fragmentation de la myéline, de mul- « tiplication de noyaux ; nulle part, en un mot, je n'ai « constaté de névrite parenchymateuse en voie d'évo- « lution.

« Tubes sains en petit nombre, gaines vides, en grand « nombre ; je n'ai pas constaté autre chose.

« L'existence de ces nombreuses gaines implique for- « cément l'existence d'une névrite parenchymateuse « antérieure, ayant détruit leur contenu. L'absence de « toute altération sur les tubes nerveux subsistants, « implique non moins forcément la conclusion que l'on « a affaire à un processus éteint.

« La relation entre cette névrite ancienne et le viti- « ligo est non moins évidente et le cas que je publie « confirme pleinement l'existence dans le vitiligo d'une « lésion nerveuse que Leloir a le premier décrit dans « cette affection. »

« M. Déjerine conclut : certains cas de vitiligo sont « des affections d'origine trophique en rapport avec « des altérations de nerfs périphériques, fait qui, à ma

« connaissance, n'avait pas encore été démontré ana-
« tomo-pathologiquement. »

F. Pinkus publie dans la *Dermatologische Zeitchrift* 1903, une observation d'un jeune homme chez lequel il tendrait à admettre une cause nerveuse du vitiligo à cause de sa topographie qui correspond, d'après le schéma de Head, aux parties médianes du territoire cutané des troisième et quatrième segments cervicaux, du côté gauche. Ce cas rentrerait donc dans les faits signalés par Brissaud, de neurodermites systématisées, situées dans le territoire de dermatomes déterminés.

M. Brissaud ne croit pas que le vitiligo soit susceptible d'affecter, les caractères topographiques si tranchés de la métamérie spinale. Il se demande comment il se fait que le vitiligo en dépit de sa nature nerveuse, fasse exception à la règle, mais il n'en trouve pas la réponse. Toujours est-il, dit M. Brissaud, « que s'il présente quelquefois une distribution conforme à la segmentation métamérique spinale, on doit le considérer comme relevant bien plus souvent de troubles localisés aux départements périphériques du système grand sympathique. On pourra même remarquer, de temps à autre, certaines dispositions de taches vitiligineuses qui feront supposer au premier abord l'action à distance des étages métamériques spinaux ; en y regardant de près, on s'apercevra que les limites de la dyschromie ne sont pas nettes, qu'elles dépassent, soit en haut, soit en bas, la frontière du tronçon métamérique ; enfin que ses taches erratiques, séparées du groupe principal, échap-

peut manifestement à l'influence déjà douteuse d'un centre médullaire. »

Nous avons pourtant une observation personnelle d'un malade chez lequel le vitiligo semble avoir adopté une disposition métamérique. La pigmentation en caleçon de bain commence au-dessous de l'ombilic, revêt la peau de la fesse, de l'abdomen, descend sur les régions inguinales, et s'arrête au niveau du tiers supérieur des cuisses.

Observation XXII (F. Pinkus).

Troubles de la pigmentation. Vitiligo consécutif à la guérison d'une éruption lichénoïde.

Vitiligo nach Abheilung einer lichenoïden Eruption, par F. Pinkus. *Dermatologische Zeitschrift*, 1903, p. 169.

Jeune homme de 22 ans, présentant depuis neuf mois, à la nuque et à l'occiput, une éruption souvent très prurigineuse, ayant les caractères typiques du lichen chronique circonscrit de Vidal.

Sous l'influence d'application d'alcool salicylé, puis de pommade au goudron, le prurit devient plus rare et l'éruption moins saillante et plus réduite. Les parties de la peau atteintes de lichen chronique reprirent complètement leur consistance et leur niveau normal, mais le pigment avait disparu au niveau de toute la partie primitivement lichénifiée.

Une particularité de ce cas c'est la diminution du foyer morbide de la périphérie au centre. Une autre très rare, est l'état de la peau devenue indemne de lichen chronique.

Il est clair que la lésion antérieure est en connexion étiologi-

que avec la dépigmentation, ainsi qu'on l'observe dans le nœvus, le psoriasis, la syphilis. Mais dans le cas actuel Pinkus tendrait à admettre une cause nerveuse pour le vitiligo, à cause de sa topographie qui correspond, d'après le schéma de Head, aux parties médianes du territoire cutané des troisième et quatrième segments cervicaux, du côté gauche. Ce cas rentrerait donc dans les faits signalés par Brissaud, de neurodermite systématisée, située dans le territoire de dermatomes déterminés.

Observation (*personnelle*)

Vitiligo et métamérie spinale.

Il s'agit d'un homme de 22 ans, il est au service militaire à Caen.

Il y a trois mois, en mettant sa cravate un matin il s'aperçoit que la peau de son cou présente une coloration brunâtre et de place en place il remarque des taches plus claires.

Quelques jours après, cette même pigmentation atteint la peau de la verge et du scrotum, puis elle s'étend à la face interne des cuisses, aux régions inguinales, à la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Il y a maintenant quinze jours, deux mois après le début de l'affection la coloration brune et les taches claires sont apparues sur le dos de la main droite.

Actuellement, en examinant les téguments de ce malade, on remarque que les troubles de la pigmentation sont surtout accentués au niveau de la région sous-ombilicale, de l'aine, et des organes génitaux, sur un fond uniforme couleur café au lait, avec des régions un peu plus foncées se détachant des plaques claires, ovalaires, à bords quelquefois polycycliques mais bien

tranchés. On en remarque une, la plus apparente, sur le dos de la verge, la peau de la région sacrée affecte la même coloration qui remonte dans la région spinale jusqu'au niveau de la huitième dorsale environ ; on remarque quelques plaques claires sur la ligne des apophyses épineuses.

Les régions malades ont à ce niveau une disposition métamérique, en caleçon de bain ; la pigmentation commence au-dessous de l'ombilic, revêt la peau de la fesse, de l'abdomen, descend sur les régions inguinales et s'arrête au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

La coloration présente la même intensité dans deux régions symétriques, elle est plus marquée dans la région inguino-scrotale.

Au niveau du cou, on remarque une disposition en collier, le fond café au lait est beaucoup plus clair, il est encore moins accusé sur la peau du front ou il faut regarder avec attention pour apercevoir les taches claires.

Sur le dos des deux mains, on peut observer une coloration et des taches analogues à celles que l'on remarque sur le cou.

Cet homme, âgé de 22 ans, n'a pas encore de moustache ni de barbe, mais dans les autres régions pilaires, les poils sont bien développés, bien serrés, ils ont une coloration noire normale.

On ne trouve chez cet homme aucun trouble du système nerveux, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, la sensibilité bien conservée, il y a un peu d'hyperesthésie de la peau.

On ne trouve pas non plus de stigmate d'hystérie, il n'y a ni hémianesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, ni abolition du réflexe pharyngé. Cet homme n'a jamais eu de crises d'aucune nature.

Cependant c'est un émotif et un nerveux, et il raconte qu'il y a trois mois, quelque temps après son arrivée au régiment, il a été en proie à un grand ennui, il ne mangeait plus, il était triste, il avait des idées noires, il dormait mal, il se réveillait éreinté ; en un mot il a fait de la neurasthénie.

C'est à ce moment qu'il a remarqué les premières taches de vitiligo, celles du cou.

Il est resté dans cet état pendant deux mois environ. Depuis qu'il est sorti, la coloration de la peau des régions atteintes s'est éclaircie.

On ne retrouve chez ce malade aucun antécédent, il n'a jamais été malade, il n'a pas eu la syphilis, ses parents se portent bien, il a des frères, des sœurs qui sont en très bonne santé.

On sait depuis Leloir que le vitiligo est souvent en relations avec des affections du système nerveux ; en particulier il s'observe au cours du tabès ou en coexistence avec des phénomènes tabétiformes. On rencontre en effet le vitiligo, dit M. Thibierge, au cours d'un grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique à tel point, dit-il, que sa constatation doit toujours faire préjuger et faire rechercher une affection du système nerveux central ou périphérique et très souvent par un examen attentif, on relèvera d'autres symptômes de cette affection latente jusque-là. Le vitiligo est, comme l'a dit le professeur Leloir, une dermatoneurose indicatrice ou révélatrice. Ainsi dans le tabès il se montre à la période préataxique alors que la maladie ne se manifeste encore que par des douleurs mal

caractérisées, par des troubles oculaires peu prononcées, l'absence du réflexe rotulien et quelques autres manifestations sur lesquelles le malade n'attire pas l'attention. M. Thibierge dit avoir été plusieurs fois amené à reconnaître le tabès par la seule constatation d'un vitiligo occupant soit les organes génitaux et la zone périgénitale, soit la face dorsale des mains. Il pense même que quelquefois le vitiligo est sous la dépendance d'un état névropathique antérieur au tabès, état qui sans doute favorise l'éclosion du tabès ; et il cite l'observation d'un malade qui avait un vitiligo de date très ancienne dont il ne s'inquiétait nullement, malade chez lequel M. Thibierge découvrit difficilement, car il refusait de se faire examiner se portant très bien, des douleurs dans les membres inférieurs, des troubles de la miction et enfin une abolition des réflexes tendineux qui ne laissaient aucun doute sur l'existence du tabès. Sa fille avait également du vitiligo et était très nerveuse. C'est ce qui d'ailleurs avait porté M. Thibierge à croire que chez le père aussi le vitiligo était sous la dépendance de l'état névropathique préexistant au tabès.

MM. Ballet et Bauer ont présenté à la Société de neurologie 6 février 1902, deux malades atteints de vitiligo chez lesquels ils ont trouvé des signes de tabès peu prononcés. MM. Pierre Marie et Brissaud pensent qu'on ne peut considérer le deuxième malade comme un vrai tabétique ; dans les cas de ce genre on trouve bien des lésions légères des cordons postérieurs, mais elles ne sont pas progressives comme celles du tabès. La

syphilis n'a pu être dépistée chez aucun de ces deux malades.

MM. P. Marie et Guillain ont rencontré six fois le vitiligo chez des malades présentant des symptômes tabétiformes; mais pour eux ils ne sont pas tabétiques: certains de ces malades ont des lésions des cordons postérieurs de la moelle qui, au point de vue nosographique, doivent être distraites, disent-ils, de l'ataxie locomotrice de Duchenne.

Ferrio rapporte dans la *Revue de neurologie* 1905, un cas de vitiligo et tumeur névroglique de la moelle occupant la place du canal central de la moelle depuis le cône terminal jusqu'au premier segment cervical. Ferrio ne conclut pas à la relation entre la gliose centrale et le vitiligo, mais il rappelle les cas où le vitiligo coïncidait avec une affection nerveuse, et il attire l'attention sur les coïncidences anatomiques du vitiligo et des affections nerveuses.

Observation XXIV (G. Ballet et A. Bauer).

Vitiligo et tabès.

N° II. — J..., menuisier, 60 ans, salle Saint-Thomas (Hôtel-Dieu). A part quelques douleurs lancinantes et fugaces, quelques faiblesses passagères des membres inférieurs qu'il a ressenties vers l'âge de 55 ans, le malade a toujours été bien portant.

A 57 ans, après quelques jours de malaise, le malade est pris de troubles digestifs graves : vomissements répétés, diarrhée

fréquente, anorexie, amaigrissement et affaiblissement rapides.

En même temps apparaissent d'une façon brusque une mélanodermie très accentuée, presque généralisée, et une leucodermie localisée à la paume des mains et à une partie des doigts, à la plante des pieds et à une partie des orteils. Depuis dix mois environ, la mélanodermie s'atténue ; la leucodermie qui s'était un peu étendue au début s'est fixée.

État actuel. — A la face, la teinte bronzée est uniforme, un peu plus claire que sur le reste du corps. La pigmentation empiète sur la partie externe des lèvres, mais elle ne se prolonge pas sur la muqueuse proprement dite. Sur les lèvres, sur le sommet du menton, se trouvent quelques taches leucodermiques.

Au niveau du thorax, la coloration n'est pas partout identique. Sur la partie supérieure du thorax, sur les épaules, on observe des variations légères de la teinte qui donnent aux zones plus foncées un aspect plus ou moins réticulé.

En outre se détachent sur le fond brun les éléments suivants :

1° De nombreux et petits nœvi vasculaires ;

2° Des taches de lentigo disseminées en avant et en arrière ;

4° Des verrues plates, en très grand nombre sur le dos, plus espacées, plus petites et moins saillantes sur la peau de la poitrine et de l'abdomen.

Sur le flanc gauche, trace d'un vésicatoire placé en décembre 1900. La coloration en cette région est d'un brun très foncé.

Les organes génitaux sont aussi de teinte plus foncée que le reste du corps, le fourreau de la verge en particulier ; pas de plaques leucodermiques.

Membres supérieurs. — Teinte brune uniforme des bras et avant-bras. Deux plaques achromiques sur le coude droit ; une autre sur la face antérieure du poignet. La face dorsale des

deux mains est très pigmentée et cette hyperchromie, qui s'arrête un peu au-dessus des extrémités digitales, tranche sur la grande plaque achromique qui occupe symétriquement la paume des mains, la face palmaire des doigts et la face dorsale des dernières phalanges. Quelques petites taches dépigmentées sur la face dorsale du métacarpe droit des articulations phalango-phalanginiennes droites.

Membres inférieurs. — Teinte brune uniforme des cuisses et des jambes. Au niveau des pieds, grande zone leucodermique plantaire, empiétant sur les bords du pied et sur la face dorsale de la dernière phalange des orteils. Tache hyperchromique sur la partie moyenne de la face plantaire. Dans l'ensemble, la disposition des zones hyperchromiques et chromatiques est semblable aux pieds et aux mains.

Le malade se plaint de douleurs « en lancée » dans les membres inférieurs et surtout de douleurs constrictives aux talons et aux orteils : il a, de temps à autre, par crises, des douleurs en ceinture

Les réflexes rotuliens et achiléens sont abolis ; les réflexes tendineux du poignet et du coude existent. Pas d'incoordination motrice. Pas de signe de Romberg.

Les pupilles sont en myosis. Elles réagissent bien à l'accommodation ; la pupille gauche se contracte un peu lentement à la lumière, la pupille droite très lentement.

De temps à autre, après la miction, le malade perd quelques gouttes d'urine.

Observation XXV (G. Ballet et A. Bauer).

Vitiligo et tabès.

N° I. — W..., menuisier, 62 ans, (Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas). Durant la première enfance, rachitisme ; nombreux troubles ostéo-articulaires.

A 8 ans : fracture de l'avant bras droit ;

A 20 ans : coxalgie droite guérie avec ankylose ;

A 32 ans : coxalgie gauche ne laissant qu'une légère boiterie ;

A 37 ans : deuxième fracture de l'avant-bras droit ;

A 47 ans : fracture de l'avant-bras gauche ;

A 55 ans : luxation de l'extrémité externe de la clavicule droite ;

A 56 ans : diplopie.

Pas de trace de syphilis acquise.

Actuellement le malade, petit, chétif, aux oreilles mal ourlées, au thorax déformé, aux articulations volumineuses, se plaint de douleurs fulgurantes, mais il éprouve surtout des sensations très pénibles de constriction au niveau de la partie inférieure du thorax, au niveau des pieds et des mains. Il présente, outre une très légère incoordination motrice, les signes de Westphal, de Romberg, et d'Argyll Robertson ; il a du miosis et de l'inégalité pupillaire. Parfois, à la fin de la miction, il perd quelques gouttes d'urine.

On remarque enfin un vitiligo fort étendu : il est apparu il y a une dizaine d'années environ et tend maintenant à régresser. Il occupe principalement les régions suivantes : le cou, qui est le siège d'une bande circulaire d'un brun foncé, bande interrom-

pue sur les parties latérales, à droite, par une plaque leucodermique large de trois doigts ; à gauche, par une tache plus étroite.

Tronc. — Achromie généralisée, sauf autour de l'ombilic, où l'on voit une tache mélanodermique se prolonger latéralement suivant un des plis transversaux de l'abdomen.

Organes génitaux. — Tache achromique sur la racine de la verge et le pubis (blancheur des poils au niveau de la zone leucodermique). Tache hyperchromique sur le reste de la verge et la plus grande partie du scrotum, dont le pourtour seul est achromique.

Membres supérieurs. — Pigmentation foncée des plis de l'aisselle avec quelques plaques leucodermiques. Sur les épaules, pigmentation légère, en réseau. La partie postéro-interne des bras, les plis du coude, la partie interne de la face antérieure des avant-bras, les poignets, les mains sont hyperchromiques ; le reste du membre est plus ou moins achromique. Il y a quelques taches blanches sur la face dorsale des mains et des doigts.

Membres inférieurs. — Achromie étendue épargnant la face dorsale des pieds, qui est nettement colorée en brun clair.

Observation XXVI (Leloir).

Vitiligo observé chez un malade atteint de tabès spécifique, au cours de la période préataxique de l'affection.

C... Louis, fort de la halle, entre le 10 avril 1880, salle Saint-Ferdinand, n° 26, service de M. Raynaud.

Antécédents de famille. — Grand-père mort aliéné; père épileptique, frère aliéné (à Charenton), l'autre branche intelligente a des tendances alcooliques.

Sur sept enfants, trois sont morts dans les convulsions ; des quatre autres bien portants, l'aîné est un peu névropathe.

Pas d'antécédents personnels. — A 18 ans, deux chancres indurés ?? Pas d'antécédents secondaires; a bu de très bonne heure, à 15 ans 7 à 8 litres de vin et des verres de liqueur. A 18 ans, cauchemars ; il voit des rats, bêtes. Caractère triste. Depuis cinq ans, pituites tous les matins, tremblement alcoolique. A la même époque, crampe dans les mains, les pieds, les cuisses, élancements comme des éclairs entre les deux épaules. Il y a six mois, sont apparues des taches de vitiligo.

État actuel. — Homme d'apparence robuste, petit, gras, faciès coloré. Entré à l'hôpital pour des crampes dans tous les membres, avec élancements dans les extrémités, douleurs fulgurantes dans les reins, agitations morales. Le dos des mains est couvert depuis six mois, de larges plaques de vitiligo, qui ont commencé par des taches brunes, lesquelles ont, depuis, blanchi à leur centre.

Plaques à forme irrégulière, déchiquetée; leur centre est blanc laiteux; leur périphérie est plus brune que la peau normale. La sensibilité semble intacte au niveau de ces plaques, peut-être léger degré d'anesthésie, trop peu marqué pour pouvoir l'affirmer. A la face interne des cuisses, deux ou trois plaques de vitiligo d'une largeur d'une pièce de 2 francs environ.

En injectant sous la peau du malade, dans une plaque de la main gauche, 2 centigrammes de pilocarpine, la plaque présente à peine des traces de sudation : donc, sudation moins prononcée au niveau des plaques, puisque le reste du corps sue abondamment.

Au bout de huit jours, le malade quitte l'hôpital notablement amendé.

Le 4 mai 1880, il rentre, présentant des signes manifestes de cirrhose hépatique (ascite, apparition des veines sous-cutanées abdominales, etc., etc.).

En juin 1880, il quitte l'hôpital, et depuis, on l'a perdu de vue.

En juillet 1881, M. Leloir l'a revu. Les troubles dûs à la cirrhose hépatique persistent, bien qu'amendés, et les symptômes du tabès sont devenus plus nets. Véritables douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Les élancements comme des éclairs entre les deux épaules ont augmenté d'intensité et de fréquence. Réflexes rotuliens abolis, incoordination des mouvements. Trouble passager de la vue, qui a consisté en diplopie. Enfin, en l'examinant, M. le professeur Leloir reconnut l'existence d'*une glossite scléreuse* des plus manifestes, dont le début remontait à plusieurs mois. Le malade fut à cette époque, définitivement perdu de vue.

Observation XXVII (Pierre Marie et G. Guillain).

Vitiligo avec symptômes tabétiformes.

Il s'agit d'un homme de 67 ans qui nie énergiquement la syphilis. A l'âge de 35 ans, ce malade a eu un mal perforant au niveau du pied droit, puis du pied gauche. Depuis cette époque déjà lointaine, les maux perforants se sont reproduits; tel fut le diagnostic porté dans tous les hôpitaux de Paris où il a successivement séjourné. Le malade n'a jamais eu les pieds gelés. En 1893 est apparu du vitiligo sur les mains. Quand on examine ce malade aujourd'hui, on est frappé par un aspect très spécial du membre inférieur droit. Le pied et la jambe sont gonflés par un

œdème dur, indolore, lisse. Le gros orteil a été amputé à la suite d'un mal perforant ayant suppuré beaucoup ; les autres orteils déformés sont en hyperextension ; cette hyperextension est telle que les orteils sont sur un plan supérieur et parallèle à celui des métacarpiens, l'extrémité antérieure de ceux-ci étant au même niveau que celle des orteils eux-mêmes. Des troubles trophiques existent sur ces orteils et sur le pied ; on a l'impression première, en voyant ce membre, d'une maladie mutilante, d'une trophonévrose des extrémités.

Des maux perforants se sont montrés au pied gauche, mais on n'y constate pas de déformations aussi prononcées qu'à droite.

Des plaques de vitiligo, plaques achromiques et hyperchromiques, existent au niveau du cuir chevelu, de la nuque, du front, du cou, des mains. On en constate à la région sacrée et tout autour de la région abdominale inférieure. Le malade a une volumineuse hernie à la surface de laquelle sont aussi des plaques de vitiligo.

Les réflexes du tendon d'Achille sont abolis, les réflexes rotuliens n'existent qu'à l'état de vestiges. Pas de signe d'Argyll. Pas de signe de Romberg. Jamais de douleurs fulgurantes. Aucune ataxie.

Il n'existe en aucun endroit du corps de troubles de la sensibilité. Les nerfs cubitaux ne sont pas bosselés, on ne trouve aucun signe de lèpre ni de syringomyélie.

Observation XXVIII (L. Ferrio).

Vitiligo et tumeur névroglique centrale de la moelle.

A. G..., âgé de 29 ans, paysan. Pas de tare héréditaire ; pas de maladie de l'enfance. Il a fait son service militaire pendant

trois ans régulièrement ; il nie avoir eu la syphilis, et les recherches qui ont été faites près de sa famille confirment ses assertions. Il est marié depuis cinq ans ; sa femme n'a jamais fait de fausses couches ; elle a eu trois enfants ; deux sont bien portants, un est mort à 3 ans.

Depuis 3 ou 4 ans, il ne peut faire de fatigue sans être essoufflé ; il a quelquefois craché du sang pendant des accès de toux. En 1900, il a eu une pneumonie dont il a été relevé en dix jours. La pigmentation entourée de plaques a paru il y a à peu près 5 ans. Depuis quelques semaines, il souffre de douleurs épigastriques et de pyrrosis, sans vomissements ; c'est pour ces souffrances gastriques qu'on a eu recours à la clinique où il entra le 12 juillet 1902.

C'est un homme de haute taille, de constitution physique régulière, le visage et le cou sont d'une couleur brun rougeâtre très foncée, tandis que sur le tronc et sur les extrémités on remarque des traces mélanodermiques alternant avec des zones leucodermiques constituant un dessin presque tout à fait symétrique, sauf sur la moitié supérieure du tronc où ladite symétrie ne présente pas la même perfection. Achromie très marquée autour de l'ombilic. Les mains sont hyperchromiques ; il y a quelques plaques blanches sur la face dorsale de ses mains à dispositions symétriques des deux côtés. La face dorsale de ses pieds, colorée en brun, présente de petites taches blanches irrégulièrement disposées. On avait pris la photographie du patient : ainsi la disposition du vitiligo a pu être reproduite le plus exactement possible.

Le malade ne présentait ni altérations trophiques, ni atrophies musculaires, ni altérations grossières de la sensibilité. Il nous faut cependant avouer qu'un examen attentif du sys-

tème nerveux n'avait pas encore été pratiqué lorsque le 4 août 1902 le malade mourut soudainement sans pause apparente.

L'autopsie révéla une énorme hypertrophie idiopathique du cœur sans vices valvulaires. Pas d'altérations macroscopiques dans le cerveau. Nous avons conservé la moëlle pour rechercher s'il y avait quelque particularité qui pût être mise en rapport avec la dyschromie cutanée.

Examen de la moelle épinière. — La dure-mère, ainsi que l'arachnoïde et la pie-mère, sont tout à fait normales ; la moelle a conservé partout son volume et sa consistance normale ; les racines antérieures et postérieures ne paraissent pas altérées. Sur des coupes successives pratiquées transversalement sur la moelle on aperçoit un point rougeâtre pas plus gros que la tête d'une petite épingle, occupant la place du canal central de la moelle ; mais il était si petit et si indistinct que l'on n'aurait pas pu conclure à l'existence d'une tumeur sans l'aide de l'examen microscopique. Pas d'excavation dans la moelle.

Examen histologique. — Le néoplasme est nettement délimité du restant de la moelle et constitue comme une tige arrondie qui parcourt toute la longueur de la moelle, depuis le cône terminal jusqu'au premier segment cervical. Sur les coupes transversales la tumeur apparaît comme un disque ayant un diamètre d'environ 8/10 de millimètre. Elle est constituée de cellules très abondantes dont, à un faible grossissement, on n'aperçoit que les noyaux, de manière que tout d'abord on dirait qu'on a affaire à une simple infiltration centrale. Mais si l'on observe avec attention, on voit nettement les noyaux se disposer en lames contournées, en plusieurs tourbillons, qui rappellent la disposition alvéolaire. A l'aide d'un fort grossissement

on voit les éléments figurés de forme irrégulière, mais pour quelques-uns d'eux la forme des cellules névrogliques est très évidente. Ces éléments sont plongés dans une substance fibrillaire qui se colore faiblement par le carmin, et ils contiennent un noyau arrondi ou irrégulier, volumineux, qui se colore intensivement avec le carmin ou l'hématoxiline. Les éléments analogues, isolés, non disposés en traînées comme dans la tumeur, s'infiltrent dans la substance nerveuse des parties environnantes.

Le petit néoplasme se maintient pour toute la longueur de la moelle dans les limites de la commissure grise et il n'envahit jamais la substance blanche. Le canal central est oblitéré par les éléments de la tumeur et n'est pas reconnaissable sur les coupes. On ne trouve nulle part trace de dégénérescence ou d'hémorragie.

M. Gaucher ne nie pas l'étiologie nerveuse du vitiligo, mais il croit pouvoir affirmer que c'est la pathogénie qui en est nerveuse; son étiologie est auto-toxique. Il a observé, dans plusieurs cas de vitiligo généralisé, des troubles de la nutrition caractérisée par l'insuffisance d'oxydation des matières azotées et parfois par une légère albuminurie dyscrasique.

Il cite à l'appui de cette opinion l'observation qu'il a publiée avec M. Bernard en 1899 dans la *Société médicale des hôpitaux*.

Il s'agissait d'un malade chez lequel la pelade, le vitiligo, et le prurigo coexistaient au cours d'une *néphrite chronique*. M. Bernard pense avec M. Gaucher que tous les accidents observés chez ce malade reconnais-

sent pour cause l'auto-intoxication d'origine rénale. Le fait est bien connu pour le prurigo, sa coexistence dans ce cas avec la pelade et le vitiligo, prouve que ces diverses lésions ont une même origine. Il faut cependant admettre, ajoute M. Gaucher, que certains vitiligos ont pour origine une lésion nerveuse purement locale.

On doit donc classer les dystrophies pigmentaires de la façon suivante, dit M. Gaucher:

1° Les vitiligos symptomatiques ou trophiques à étiologie et pathogénie nerveuses; ce sont les altérations pigmentaires des maladies du système nerveux;

2° Les dystrophies pigmentaires à étiologie toxique et à pathogénie nerveuse parmi lesquelles on peut distinguer:

α) Les hyperchromies toxiques dont le type est la mélanodermie arsénicale.

β) Les dyschromies d'origine toximicrobienne, telles que celles de la syphilis et de la lèpre.

(Toutefois cette étiologie toxiinfectieuse du vitiligo dans la syphilis n'exclut pas l'origine nerveuse. Il est possible que la syphilis ait une action toxiinfectieuse, mais il est aussi possible que cette action se manifeste par l'intermédiaire du système nerveux, et c'est pourquoi nous avons mis l'étude du vitiligo syphilitique après le vitiligo nerveux.)

γ) Le vitiligo vrai d'origine auto-toxique en rapport avec un trouble préalable de la nutrition.

Observation XXIX (Léon Bernard)

Pelade. Vitiligo et prurigo, par auto-intoxication, dans le cours d'une néphrite chronique probablement de même origine.

Le nommé H. B.... se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 17 janvier 1899; il se plaint d'une grande lassitude, de diarrhée, et surtout d'une éruption prurigineuse dont il souffre depuis un mois. Tout de suite on est frappé par la blancheur uniforme et générale de ses cheveux et de sa barbe, qui contraste avec la jeunesse de ses traits; les téguments sont d'un rose mat qui attire également l'attention; ses urines examinées montrent la présence d'albumine en grande quantité. Reçu dans la salle Magendie, n° 27, son histoire peut être ainsi constituée:

Le malade est âgé de 44 ans; il appartient à une famille dont les membres ont toujours été et sont encore en excellente santé; son père et sa mère âgés de 77 ans et 70 ans, deux sœurs, et un frère; il est marié et père de deux enfants, qui se portent également très bien, ainsi que leur mère. Lui-même n'a jamais eu de maladie jusqu'à l'apparition des accidents dont nous allons bientôt parler. Né dans le Cambrésis, il n'a été atteint par aucune des affections de l'enfance; pas de fièvre éruptive, pas de scarlatine; il a fait quatre ans de service militaire, après lequel il est entré dans l'administration des octrois, où il est employé encore actuellement. Il n'a pas contracté la syphilis, mais la blennorrhagie à l'âge de 26 ans. C'est également à ce moment qu'il remarqua qu'il perdait ses dents. On ne relève pas d'éthylisme dans ses antécédents; il buvait autrefois envi-

ron 1 litre de vin, mêlé d'eau par jour, et pas d'autre liqueur alcoolique. Actuellement il suit un régime lacté mixte depuis plusieurs années.

En 1889, il ressentit pour la première fois des douleurs de reins, en même temps qu'il fut pris de diarrhée ; à ce moment, il n'existe pas d'œdème, mais le seul autre symptôme relevé est la pollakiurie ; un médecin consulté porte le diagnostic d'entérite sans examiner les urines. Ces symptômes, douleurs lombaires, mais surtout diarrhée et pollakiurie, ont continuellement persisté depuis ; les douleurs reparaissaient avec la saison des froids ; il n'a jamais eu d'hématurie, mais des épistaxis assez fréquentes, et en outre du prurit presque constamment, et la sensation de doigt mort ; ni céphalée, ni troubles sensoriels, ni vomissements ; le malade avait de l'appétit, mais chaque repas était suivi d'une selle diarrhéique, elle-même suivie de plusieurs autres.

Six ans après le début de ces accidents, en somme peu bruyants, notre malade s'aperçoit un jour, en mai 1895, qu'il a sur le cuir chevelu une plaque alopécique. Cette plaque diagnostiquée par le médecin « pelade », s'agrandit très rapidement, et petit à petit tous les poils du cuir chevelu, de la face, puis du corps tombent. Au fur et à mesure de cette chute progressivement extensive, les poils repoussaient sur les places déjà décalvées, mais parsemés, rares, petits et tout à fait blancs. Cette évolution alopécique singulière s'est effectuée totalement dans le temps de deux mois, après lequel le système pileux de cet homme s'est trouvé dans l'état que nous voyons actuellement et que nous allons décrire dans un instant. Cette pelade n'avait été précédée d'aucune circonstance qui puisse en expliquer l'éclosion ; ni émotion, ni peur, ni chagrin ; aucune secousse ner-

veuse n'est venue troubler le malade à ce moment, non plus qu'une occasion de contagion.

A partir de cette pelade, les symptômes déjà connus de cet homme, douleurs lombaires, diarrhée, ont continué comme par le passé; mais en outre, il remarque de temps en temps, à l'occasion de fatigues, de l'œdème malléolaire. Deux ans plus tard, en 1897, l'œdème se généralise : l'anasarque s'étend à toute la surface du corps, membres inférieurs, organes génitaux, tronc, membres supérieurs et face. C'est à ce moment qu'on examine les urines pour la première fois, et qu'on y trouve de l'albumine en grande quantité : 16 grammes. Le malade reste au lit pendant trois mois, avec des accès d'anémie, vomissements, dyspnée, durant une journée ou deux, et se répétant assez fréquemment; le régime lacté absolu est prescrit. Après trois mois de traitement, le malade peut reprendre son service; à partir de ce moment, les jambes sont toujours enflées; l'œdème disparaît le matin et reparaît le soir; la pollakiurie et la diarrhée persistent; mais les douleurs lombaires de même que les épistaxis ont cessé. Il y a huit mois, est apparue une éruption qualifiée de « prurigo » par le médecin, et qui dura une quinzaine de jours. Le malade a pu néanmoins continuer à travailler depuis qu'il observe le régime lacté mixte, ainsi que certaines précautions. Il y a un mois, cette même éruption a réapparu, et a persisté jusqu'à maintenant, en même temps, l'œdème des jambes a augmenté, et c'est pour ces accidents que le malade est venu nous consulter.

Comme nous l'avons déjà dit, les altérations de la peau et des poils attirent de suite l'attention. En effet, tous les poils du corps ont un aspect uniforme : à chaque région velue, ils sont rares, courts, secs et d'un blanc argenté sans mélange; tel est

l'aspect du cuir chevelu, de la moustache et du pubis; tous les autres points de la surface des téguments sont glabres, mais, à la vérité, l'ont toujours été. En outre, le corps est presque entièrement couvert d'une éruption disséminée aux membres, à la face et au tronc, prurigineuse et papuleuse à type « prurigo-diathésique ».

Sur les jambes, où elle est surtout caractéristique, elle se présente ainsi : le tégument est infiltré et tendu par l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, œdème dur qui ne laisse pas imprimer de godet. La peau est dure et sillonnée de plis fins aux extrémités, épais sur le genou. Ses altérations présentent quatre éléments d'étude : 1° des plaques blanches; 2° des plaques rouges; 3° des éléments éruptifs; 4° une desquamation de caractères spéciaux.

1° *Plaques blanches.* — Dans les zones intermédiaires aux plaques rouges, lesquelles supportent les éléments éruptifs, la peau est blanche, nacrée, lisse, présentant l'aspect du vitiligo. Ces zones irrégulières, à limites indécises, indemnes d'éléments éruptifs.

2° *Plaques rouges.* — Sont situées entre les plaques décolorées; leur intrication extrême ne permet guère d'en dessiner les contours; elles sont d'une teinte rose et supportent les éléments éruptifs.

3° Ceux-ci sont des papules de prurigo excoriées situées isolément, ou agminées en petits groupes, recouverts de croûtelles uniques ou multiples; certains de ces groupes sont étalés, et la croûte jaunâtre, humide, rappelle plutôt celle d une surface eczématisée; enfin, on trouve des éléments infectés suppurés, et aussi des rhagades, traces de grattage.

4° *La desquamation.* — Se présente aux jambes sous formes

de lamelles minces, larges, adhérentes, soulevées sur les bords, d'un blanc nacré, isolées ou réunies les unes aux autres, et dessinant des lignes festonnées.

Membres supérieurs. — Il n'y a pas d'éruption aux mains : la peau est blanche, décolorée ; le vitiligo est surtout très net à la face dorsale des doigts. Les bras et avant-bras sont le siège d'une éruption de même caractère que celles des membres inférieurs. Il n'y a pas d'œdème, mais le derme est infiltré ; les placards d'eczématisation sont plus larges, et il existe un plus grand nombre d'éléments infectés, soit sous forme de petits abcès sous-cutanés, semblables à ceux des pyodermites de l'enfance, soit des folliculites ou furoncles.

Sur l'abdomen et les parties génitales, l'éruption est plus discrète; la peau présente des surfaces achromiques et est décolorée dans son ensemble.

Sur le thorax, l'éruption est également assez discrète, mais présente en abondance des lésions de grattage et d'infection cutanée.

A la face, on note trois ou quatre furoncles; la peau est rose pâle, les paupières sont plissées.

Cette éruption est extrêmement prurigineuse, surtout la nuit, on a l'impression du froid. Ce prurit est intense, mais non douloureux.

Nous avons déjà dit qu'il n'existe d'œdème qu'aux membres inférieurs ; la face n'en présente pas, mais l'aspect plissé des paupières témoigne de la bouffissure dont elles ont été précédemment atteintes.

Telles sont les lésions de la peau ; l'examen somatique de cet individu complétera son observation.

Appareil digestif. — La langue est humide, mais rouge, un peu desquamée et recouverte d'un léger enduit saburral.

Il n'existe ni nausées, ni vomissements ; l'appétit est conservé ; nous ne notons pas de dilatation de l'estomac.

La diarrhée est toujours abondante, six selles liquides en moyenne par jour.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien de spécial ; le volume du foie est normal ; son bord inférieur dépasse un peu le rebord des fausses côtes, son bord supérieur est distant d'au moins un travers de doigt du mamelon.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Appareil respiratoire. — Rien d'anormal. On compte de 16 à 18 respirations par minute, on ne note ni toux ni expectoration, ni aucun trouble du murmure vésiculaire.

Appareil circulatoire. — Le cœur n'est pas augmenté de volume ; mais la tension artérielle paraît forte : le premier bruit cardiaque présente une ébauche de prédoublement, qui constitue un léger bruit de galop.

On compte 80 pulsations par minute : le pouls est régulier, de rythme et d'impulsion normaux ; les artères ne sont ni dures ni flexueuses.

Le système nerveux. — Ne présente aucun symptôme morbide.

Appareil urinaire. — Le malade ne souffre plus de douleurs lombaires depuis plus de six mois. Ces douleurs disparurent en même temps que l'anasarque. La pollakiurie et la polyurie ont persisté : le malade émet en moyenne deux litres en vingt-quatre heures d'une urine jaune sale, louche, dont l'analyse a montré la composition suivante.

Réaction	Acide
Densité.	1016
Urée.	6 gr. 40 par litre
Chlorures	3 gr. 07 —
Phosphates	0 gr. 95 —
Albumine	18 gr. —

Le malade est resté dix-neuf jours dans le service ; l'albumine s'est maintenue entre les chiffres de 10 grammes à 15 grammes, mais grâce au régime lacté absolu et aux compresses de tarlatane aseptique humide, l'éruption à bientôt diminué, l'état général s'est amendé, et le malade a voulu sortir de l'hôpital pour reprendre son service.

Observation XXX (Thibierge).

Vitiligo survenu pendant une grossesse. Syphilis contractée quelques mois après l'accouchement.

Mme D..., 28 ans, garde-malade, a eu deux enfants, nés à terme, l'un en octobre 1896, mort à 6 mois de diarrhée infantile, l'autre en mai 1901, actuellement bien portant et n'ayant aucune trace de syphilis.

Au septième mois de sa deuxième grossesse, elle constate pour la première fois deux taches de vitiligo sur la face interne des cuisses.

En janvier 1902, elle a des maux de gorge intense ; on constate à l'hôpital Cochin des plaques muqueuses du pharynx, une roséole au cou.

En février 1902, elle entre à l'hôpital Broca, y reste en traitement pendant deux mois puis sort et revient irrégulièrement suivre le traitement.

En février 1903, elle a une iritis pour laquelle elle vient se faire soigner à l'hôpital Broca ; à ce moment elle remarque l'apparition de nouvelles taches de vitiligo sur le flanc et le bras droit.

En l'examinant, on constate sur les flancs de chaque côté six à huit plaques décolorées de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc, irrégulièrement disséminées, contrastant avec la couleur brune des téguments voisins. Au niveau du pli du coude gauche et sur la face postérieure de l'avant-bras du même côté, deux larges plaques décolorées.

A la face interne de chacune des cuisses, dans leur partie supérieure, existe une plaque décolorée, de la largeur d'une pièce de 2 francs, qui, au dire de la malade, tend à s'accroître.

Sur le cou, à la bordure du cuir chevelu, on voit deux plaques décolorées dont la malade s'est aperçue il y a deux jours seulement.

Nous rappelons enfin la coïncidence fréquente des troubles pigmentaires avec la tropho-névrose faciale.

Les anciens dermatologistes et les Drs Simon, Beigel, Chabrier, Féréol, rapportent des observations des plus nettes de symétrie des taches de vitiligo ; et le nègre vitiligineux du musée Orfila en constitue un type remarquable.

Les troubles de la sensibilité sont rares dans le vitiligo vrai. En revanche les fonctions sudorifiques de la peau semblent assez profondément altérées, comme Chabrier l'indique dans sa thèse (obs. IV), et Leloir dans sa thèse (obs. I et III).

Observation XXXI (Pouchet).

Vitiligo chez un homme de 61 ans. Début dans la jeunesse, date inconnue. Symétrie. Bordure hyperchromiée. Les taches exposées au soleil restent blanches. Décoloration de la verge en anneau.

Le 20 juillet 1861, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle 12, n° 5, service de M. Flaubert, le nommé V... Jean, âgé de 60 ans, né à Brally (Somme).

Ce malade aux yeux bleus, aux cheveux gris (autrefois châtains), vient se faire traiter de fortes contusions résultant d'une chute.

Sur l'abdomen, les hanches et la partie interne des cuisses se voient des taches de vitiligo, nombreuses, larges de 1 à 8 centimètres environ. La verge est mi-partie absolument décolorée à son origine, où se remarquent quelques poils blancs, et tout à coup brune dans sa seconde moitié qui présente la couleur foncée habituelle à la région. Sur la partie interne des cuisses qui offre une légère teinte fauve, les taches sont plus visibles. Elles le sont à peine sur les hanches et le ventre, où la peau est blanche et transparente.

Les poignets et le dessus des mains sont fortement hâlés, mais on y distingue des plaques irrégulières, larges de 1 centimètre environ, où la peau est restée fine, blanche et transparente, comme si elle avait toujours été à l'abri des rayons solaires. Cette apparence se montre aussi le long du bord radial de l'index; le doigt est irrégulièrement divisé en deux régions, l'une postérieure brune et hâlée; l'autre antéro-externe, nettement

limitée et décolorée. Le malade attribue les plaques des poignets et du dessus des mains à des boutons de variole qu'il aurait grattés étant jeune; mais la présence de lésions semblables aux cuisses et la grande plaque de l'index éloignent cette explication.

RELATIONS
DU VITILIGO ET DE LA SYPHILIS

L'étiologie du vitiligo est loin d'être déterminée ; on sait cependant que l'on trouve la syphilis ancienne où récente dans les antécédents d'un certain nombre de malades atteints de vitiligo ; la question des rapports entre le vitiligo et la syphilis devait donc être posée.

C'est M. Pierre-Marie, qui, le premier, posa nettement cette question en novembre 1902. Ayant eu l'occasion de voir plusieurs cas de vitiligo chez des sujets manifestement syphilitiques, il s'était demandé s'il n'existait pas des relations directes entre la syphilis et le vitiligo ; il a donc recherché la syphilis et ses diverses manifestations chez les malades de son service atteints de vitiligo. L'observation d'un malade, que nous reproduisons plus loin, et que M. Pierre-Marie à publiée en collaboration avec M. Crouzon, est un cas de vitiligo apparu chez un homme de 63 ans qui avait de la leucoplasie buccale, mais qui niait tout antécédent syphylitique. MM. Pierre-Marie et Crouzon n'hésitent pas

cependant à affirmer dans ce cas les relations directes de cause à effet entre le vitiligo et la syphilis : car, dans la discussion internationnale de dermatologie de 1900 sur les leucoplasies, disent-ils, si la plupart des auteurs ont dit que la leucoplasie était due à une inflammation chronique provoquée et entretenue par des irritations prolongées et réitérées, ils ont aussi tous ou presque tous invoqué une prédisposition spéciale due à la syphilis.

Antérieurement déjà certains auteurs, MM. Baume, Sigmund (1863), Kaposi (1866), avaient fait de la leucoplasie buccale une manifestation constante de la syphilis. M. Ernest Gaucher en 1890 soutint une opinion semblable : « La leucoplasie linguale, dit-il, est toujours une affection d'origine, sinon de nature, syphilitique; on retrouve des antécédents syphilitiques connus, reconnus ou avoués, dans 85 cas sur 100 de leucoplasie linguale. Or une affection qui est syphilitique 85 fois sur 100 est syphilitique 100 fois sur 100 ; car il y a plus de 15 cas pour 100 de syphilis ignorée, de syphilis conceptionnelle ou de syphilis héréditaire. »

M. Fournier, dit, que dans 80 pour 100 des cas il a relevé la syphilis dans la leucoplasie buccale, ce qui est donc une énorme majorité. Donc si les irritations locales ont un rôle dans la production de la leucoplasie, il est indiscutable que la leucoplasie est presque toujours fonction de la syphilis.

MM. Pierre-Marie et Crouzon se basent sur ces faits pour affirmer que dans certains cas le vitiligo est lié plus ou moins directement à la syphilis. Cette manière

de voir n'a rien de subversif, si l'on veut se souvenir avec quelle prédilection la syphilis frappe le système nerveux et si l'on se rappelle avec quelle fréquence la vérole détermine les achromies ou les dyschromies pigmentaires.

Plusieurs observations, celle de M. Souques, en particulier, et que nous reproduisons également, se rapporte à un malade, âgé de 69 ans, chez lequel existait une parésie de la corde vocale gauche avec voix bitonale, signe d'Argyll Robertson, avec myosis bilatéral, et des dyschromies cutanées symétriques siégeant à la partie inférieure du tronc et à la partie supérieure des cuisses. M. Souques ne considère pas ce malade comme tabétique, mais se base sur le signe de Robertson pour affirmer sur lui la syphilis.

A la suite de la discussion soulevée par MM. Pierre-Marie et Crouzon, M. Darier rappelle un fait analogue. Il s'agit d'une femme atteinte de vitiligo et de glossite scléreuse et qui n'avait présenté aucun autre signe de syphilis, mais elle avait été mariée pendant dix sept ans à un syphilitique avéré. M. Darier admet que s'il y a des cas où l'origine syphilitique du vitiligo est inadmissible, elle apparaît au contraire parfois comme au moins très vraisemblable et il conclut qu'il serait très intéressant de rechercher systématiquement les antécédents syphilitiques dans tous les cas de vitiligo.

M. Brocq rappelle à son tour que depuis plusieurs années il avait signalé l'existence du vitiligo chez un certain nombre d'anciens syphilitiques, et la probabilité d'un rapport étiologique entre les deux affections est

qu'il est, le plus souvent possible de trouver la syphilis acquise ou héréditaire chez les vitiligineux. Plus récemment M. Darier s'est encore occupé des relations qui existent entre le vitiligo et la syphilis et rapporte l'observation d'une malade, chez laquelle deux séries de cinq à six injections mercurielles ont fait en quatre mois pâlir le vitiligo des mains au point qu'il était devenu difficile à distinguer. Il conclut en disant que, « la question est à l'étude et son importance est grande au point de vue neurologique d'abord, mais aussi au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis et précoce du tabès et des conséquences pronostiques et thérapeutiques qui en découlent.

Observation XXXII (E. Besnier).

Vitiligo pileux et cutané chez un homme de 22 ans. Bordure pigmentée très nette autour de la plupart des taches, irrégulière autour de quelques-unes. Limite brusque des macules.

Le nommé D... Clément, âgé de 22 ans, entre à Saint-Louis, salle Saint-Léon, le 21 janvier 1878.

Le malade a contracté, il y a un an et demi environ, un chancre de la verge qui a été suivi à deux ou trois jours de distance de l'apparition d'une ulcération à la langue. Ces premiers accidents ont été soignés à l'hôpital du Midi où le malade a été soumis pendant un mois à un traitement mercuriel. Il est sorti guéri de ses deux ulcérations et d'une roséole qui s'était développée pendant son séjour. Hors de l'hôpital il cesse tout traitement, mais au bout de quinze jours il revient à Saint-Louis se

faire soigner d'une iritis et d'une blennorrhagie. Il en sort à peu près guéri au bout d'un mois. Quelque temps après, des plaques apparaissent sur les lèvres, dans la gorge, sur la poitrine. Le malade prend de l'iodure de potassium pendant une quinzaine de jours ; les lésions s'atténuent et disparaissent : il ne fait plus aucun traitement. Le 21 janvier 1878, le malade entre pour se faire soigner d'une gale pustuleuse, dont les lésions siègent surtout sur les avant-bras, les mains et la verge.

Mais, en outre, il présente au niveau du cou des taches diversement colorées qui offrent les caractères suivants : la région sterno-mastoïdienne droite, le triangle sus-claviculaire et la partie latérale droite de la nuque ont une coloration bistrée ou café au lait, de nuance à peu près uniforme sur tous les points où elle existe, mais qui cesse brusquement au niveau de plusieurs taches blanches absolument décolorées. Celles-ci forment des îlots tantôt petits, irrégulièrement ovalaires, tantôt de forme irrégulière festonnés et sinueux. Quelques-unes enfin, au lieu d'être entourées de tous les côtés par les surfaces brunes, sont situés sur les limites de celles-ci et se perdent sur les surfaces normalement colorées.

D'ailleurs, dans un grand nombre de points, les limites sont peu accusées entre les diverses nuances de coloration brune très intense au centre des régions indiquées, va s'atténuant peu à peu pour disparaître absolument vers la partie interne du moignon de l'épaule.

Sur les points bruns, les poils sont colorés en noir comme sur le reste du corps ; sur les taches blanches, au contraire, ils sont blancs. Dans les deux cas, ils ne paraissent pas altérés, ne sont pas cassants. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Sur la partie antérieure de l'avant-bras droit, on remarque

quelques taches blanches, ovalaires, disséminées au milieu de surfaces brunes plus colorées que le reste du membre. Mais les nuances sont moins tranchées que sur le cou. D'ailleurs, sauf l'intensité, les caractères de ces colorations sont les mêmes dans les deux points ; la pression n'exerce sur elles aucune modification.

Le 22 janvier, le malade est frictionné pour sa gale. Le 23, la frotte a déterminé un peu de lymphodermite de l'avant-bras droit. Le 1er février, cette lymphodermite, après avoir fait souffrir le malade pendant quelques jours et avoir même, à un moment donné, menacé de suppurer, se termine par résolution. Le 11 février, le malade sort sans acares, mais portant encore de nombreuses pustules en activité ou en dessiccation.

Bien entendu, le vitiligo n'avait pas subi la moindre modification.

Observation XXXIII (Leloir)

Vitiligo et syphilis.

La nommée B... B..., âgée de 30 ans, journalière, entre le 12 juin 1883 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, lit n° 30.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants. Père n'a jamais eu de maladie de la peau. Mère, à la suite d'une émotion violente (?) a eu une éruption sur tout le corps avec maux de gorge (angine granuleuse?) traitée par l'iodure de potassium, cautérisation au nitrate d'argent. Onze enfants : la malade actuelle est l'aînée ; il n'en reste qu'une autre, dont deux en tout. Les autres sont morts tout jeunes, vers 10, 11, 12, 13, 14, 18 mois en nourrice.

C'est après le cinquième enfant que la mère a eu des boutons

sur le corps. Les sixième, septième, huitième, neuvième, dixième, onzième, sont morts.

Le père et la mère ont la peau blanche, normale.

Antécédents personnels. — La malade a été mise en nourrice. Pas de gommes dans la tête, pas de maux d'yeux, pas de maux d'oreilles. Trois semaines ou un mois après sa naissance, elle a eu le corps couvert de boutons. On l'a changée de nourrice. Elle ignore si on l'a soumise à un traitement quelconque.

A 5 ans, fièvre scarlatine et fièvre typhoïde ; c'est à la suite de cette dernière maladie que la peau qui était brune, est devenue blanche.

Cette décoloration a commencé par tout le corps sous forme de petites taches blanches.

Jamais de douleurs rhumatismales, jamais de fièvres, jamais d'excès de boisson.

Pas de dermatose.

Il y a quatre ans, elle a eu un seul bouton au pubis qui a duré huit jours seulement, au dire de la malade, et qui la démangeait beaucoup. Un médecin l'a vu, a cautérisé et a ordonné des pilules de composition inconnue.

Huit jours après la disparition du bouton, elle a eu de grandes taches rouges sur tout le corps, des pieds à la tête. Elle a été forcée de s'aliter. Elle avait des douleurs vives dans les jambes. Traitée à ce moment par l'iodure de potassium et des pilules probablement mercurielles.

Elle a continué à se traiter chez M. Hillairet, et s'est soignée chez elle par des pilules mercurielles. Maux de tête violents, mais la malade en a depuis l'âge de 7 ans. Angine. Accidents secondaires.

Il y a huit mois, apparition d'une gomme au membre infé-

rieur. Depuis lors, elle en a toujours eu. Pas de traitement interne ces derniers temps. La malade n'est pas nerveuse; elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, ne se met pas facilement en colère, pleure facilement et rit de même.

Réglée à 10 ans 1/2. Bien réglée, et vit un homme à 17 ans; à 18 ans, premier enfant mort en 12 jours; deuxième, troisième, quatrième enfants sont morts, à 2 mois, 14 jours, 12 jours.

Ces enfants sont venus de deux maris ; le premier, d'un homme très sain, les autres, d'un autre homme probablement syphilitique.

Il y a sept ans séjour de sept mois chez M. Hillairet, suite de couches.

État actuel. — Femme brune, assez petite de taille, 1 m. 48. Ses parents sont cependant grands.

Les cheveux sont abondants, la malade n'a jamais eu d'alopécie, cheveux grisonnants. Depuis l'âge de 5 ans au dire de la malade, ils blanchissent un peu.

Vitiligo du front, du visage, du cou, sur le front plaques d'hyperchromie de coloration diffuse, jaunâtre, en voie de disparition.

Tout l'œil gauche est entouré d'une zone café au lait qui embrasse les deux paupières et est parsemée de points plus foncés.

Sur la joue gauche, plaques d'achromie irrégulières, entourées d'une zone hyperchromique moins foncée qu'au niveau de l'œil et à contours mal définis.

Lésions symétriques du pourtour de l'œil droit. La joue est partagée en deux portions. La moitié interne de la joue est fortement pigmentée, et à son centre on voit une petite plaque de coloration rosée, plus blanche, plus claire que les téguments

au niveau des parties saines, à bords arrondis sans aucun relief, grande comme une pièce de 20 centimes.

Du côté de la moitié externe, la lésion se termine par un bord sinueux, irrégulier, festonné, près duquel commence la décoloration des téguments qui s'accuse par une achromie très nette.

En somme les lésions de la face sont symétriques. Des deux côtés les yeux sont entourés d'une zone brunâtre, la joue est prise, mais à gauche la lésion de la joue est en voie de disparition.

Au-dessous de la lèvre inférieure une zone de pigmentation réunit l'extrémité inférieure de l'éruption au niveau des joues.

C'est au niveau du cou que la lésion semble la plus accentuée. On voit là un vaste placard de forme quadrangulaire, placé à 2 centimètres de la fourchette sternale dont le bord inférieur est assez régulier, dont le bord supérieur festonné, se place au-dessous du rebord du maxillaire, dont les bords latéraux arrivent au sterno-mastoïdien.

Cette zone a une coloration café. Elle est absolument apruri-gineuse, sans aucune trace de desquamation, de niveau avec les parties molles.

Sur elles se dessinent plusieurs zones arrondies ou ovalaires de la largeur d'une pièce de 20 centimes à une pièce de 2 francs, achromiques et dont les bords sont sans relief.

Il n'y a pas d'anesthésie au niveau des plaques.

Dents en partie absentes ou cariées. Rien à la gorge. Luette un peu déviée à droite.

Dans les deux aisselles, au niveau de chaque olécrane, au niveau des deux mains et de la moitié inférieure des avant-bras, taches de vitiligo absolument symétriques.

Aux mains, la face palmaire est absolument respectée.

Cicatrice au sein gauche ; plusieurs cicatrices dans le dos, une en arrière des fausses côtes.

Sur l'épaule gauche syphilide ulcéro-gommeuse en voie de dispa ition. Gomme à l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien gauche grosse comme une petite noix.

Cicatrice au sacrum ; abcès remontant à sept ans.

Autour de l'ombilic, dans les plis inguinaux, dans les plis fessiers, creux poplité, sur les deux genoux, l'extrémité des pieds (orteils), lésions de vitiligo symétriques.

Sur les fesses, les genoux et les jambes, gommes disséminées à leurs trois périodes d'évolution, induration, ramollissement, ulcération.

Autour du cou-de-pied gauche collerette de gommes ulcérées.

Observation XXXV (MM Pierre Marie et Crouzon).

Vitiligo et syphilis.

Le nommé Mil..., âgé de 63 ans, administré de l'hospice de Bicêtre, pré ente un vitiligo étendu aux mains, à la ceinture et aux cuisses. On constate au niveau des mains jusqu'aux poignets une accentuation de la pigmentation normale parsemée de taches décol rées, et, à partir des poignets, la peau est absolument blanche, sans îlots pigmentés de telle sorte qu'il est difficile de dire si c'est là une région de coloration normale ou si ce n'est pas un vaste plaque d'achromie prenant tout le bras jusqu'à l aisselle et remontant jusqu'au cou. La pigmentation du cou est très accentuée, peut-être au-dessus de la normale. Au niveau de l'abdomen se trouvent des plaques allongées dans

le sens transversal, à l'endroit où frottent la ceinture du pantalon et la ceinture de cuir que le malade a coutume de porter. On constate encore d'autres plaques achromiques disséminées à la partie inférieure de l'abdomen et sur la partie supérieure des cuisses. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité au niveau du thorax et de l'aisselle ; à gauche une quantité de poils moindre qu'à droite ; cette asymétrie serait congénitale, au dire du malade ; elle ne se trouve pas, du reste, au niveau du pubis et de l'abdomen.

Ce malade présente en outre des lésions leucoplasiques de la bouche, elles occupent les lèvres supérieure et inférieure, les commissures, la face interne des joues et de la langue. Irrégulières et fissurées au niveau des lèvres, ces plaques sont lisses au niveau de la langue.

Ce malade est grand fumeur ; il nie la syphilis. Il n'a jamais eu aucune maladie, aucune affection génitale ni cutanée, dit-il. Il s'est aperçu, il y a une vingtaine d'années, que ses mains se décoloraient par places ; mais jamais il n'avait remarqué que sa langue et ses lèvres fussent blanches. Marié il n'a jamais eu d'enfants et sa femme n'a jamais fait de fausse couche : ils avaient cependant, tous deux, grand désir d'avoir des enfants.

Depuis plusieurs années sa vue est faible, il peut cependant très bien se conduire : l'acuité pour l'œil droit est 1/40 (il compte à peine les doigts à 50 centimètres) ; pour l'œil gauche elle est de 1/10 (il compte difficilement les doigts à 1 mètre). Les pupilles sont très étroites, elles réagissent faiblement à la lumière, peut-être même la droite ne réagit-elle pas du tout. elle est légèrement déformée. A l'ophtalmoscope, on constate pour l'œil droit et pour l'œil gauche *des papilles atrophiques*. Pour l'œil droit, la papille est atrophiée dans toute son éten-

due sans rétrécissement notable des vaisseaux. On note dans la moitié temporale de la papille, tout autour du rebord papillaire des taches pigmentaires pathologiques.

Ce malade ne présente pas de signes tabétiques nets ; le réflexe achilléen droit est faible, sinon absent, mais le réflexe gauche existe et les réflexes rotuliens sont plutôt forts. Pas de signe de Romberg. Pas de troubles vésicaux.

Observation XXXVI (A. Souques).

Vitiligo et signe d'Argyll Robertson d'origine syphilitique.

Il s'agit d'un homme de 69 ans qui présente les trois symptômes suivants :

1° Une parésie de la corde vocale gauche avec voix bitonale ;

2° Le signe d'Argyll Robertson avec myosis bilatéral ;

3° De la dyschromie cutanée.

Cette dyschromie cutanée qui remonte à une quinzaine d'années, est essentiellement caractérisée par des îlots hyperchromiques entourés de placards hyperchromiques. Elle occupe la partie inférieure du tronc et empiète sur les cuisses et sur les fesses. Sa limite supérieure, à peu près perpendiculaire à l'axe du corps, commence en avant à quatre travers de doigt au-dessous des mamelons. Sa limite inférieure dépasse en arrière le sillon cruro-fessier et s'étend en avant sur la face antéro interne des cuisses. Le schéma qui en a été donné vaut mieux qu'une description ; il met en relief la symétrie de la leucomélanodermie. Dans les îlots d'hypochromie, à l'abdomen surtout, on voit quelques taches lenticulaires d'hyperchromie : on en voit aussi quelques-unes aberrantes sur la face antéro-supérieure de la cuisse.

La peau des organes génitaux est fortement pigmentée ; elle présente, sur les bourses, au niveau du raphé, quelques petits îlots d'hypochromie. En outre la peau du scrotum et celle de la verge surtout sont très épaissies et très œdématiées, de telle sorte que la verge paraît déformée, énorme, éléphantiasique en un mot.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital il portait au niveau de l'abdomen, deux longues syphilides serpigineuses, papulo-squameuses, étendues parallèlement d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. Ces syphilides tout à fait typiques, s'effacèrent rapidement et complètement après quelques injections hypodermiques de cyanure de mercure.

Cet homme nie pourtant la syphilis; elle a dû passer inaperçue chez lui. Il a eu, vers 1880, des maux de gorge tenaces et rebelles, qui étaient peut-être les premières manifestations de la vérole

En dehors des trois symptômes que je viens de signaler, il n'y a rien à mentionner, il n'y a, en particulier, aucun symptôme moteur, réflexe, sensitif, ou trophique d'ordre tabétique, aucun signe de paralysie générale ou de syphilis cérébrale confirmée.

Une ponction lombaire est restée blanche et a cependant provoqué des maux de tête, des vomissements, etc.

En quelques cas le rôle de la syphilis dans la production, ou plus exactement peut-être dans la localisation du vitiligo, devient évidente, dit M. Thibierge. « Une syphilide scléreuse laisse à sa suite une cicatrice plus ou moins irrégulière, souvent plane, ayant à peine l'apparence cicatricielle et s'entoure d'une pigmentation diffuse d'intensité variable, plus prononcée à la périphérie même de la cicatrice; des altérations semblables

se développent à l'occasion d'autres ulcérations analogues et peu à peu les surfaces hyperpigmentées atteignent une étendue considérable, couvrant des segments entiers; au milieu des régions hyperchromiques apparaissent des zones arrondies au niveau desquelles les téguments sont décolorés, sans avoir été précédées d'ulcérations ni même d'une altération appréciable du derme. Le vitiligo se constitue ainsi, s'étend parfois à la presque totalité du tégument après avoir pris naissance en une région limitée à l'occasion d'une syphilide scléreuse. »

Pour M. Thibierge, la syphilis semble ne jouer qu'un rôle localisateur, excitateur d'un processus nerveux généralisable; elle provoque peut-être une réaction vaso-motrice ou trophique, ou est peut-être l'occasion d'une infection qui est le point de départ de la réaction nerveuse sur le pigment cutané. Il assimile l'action de la syphilis à l'action d'un traumatisme vulgaire, d'une irritation banale, qui provoquent à leur voisinage une perturbation dans la répartition du pigment : « Ce vitiligo métasyphilitique est analogue au vitiligo qui s'observe assez fréquemment chez les femmes du peuple à la base du thorax, à la suite du port de corsets mal ajustés et trop durs, et qui succède à des excoriations et des ulcérations produites par la pression ou le grattage; il est analogue encore à celui que provoque dans les régions inguino-crurales la pression d'un bandage herniaire et qui par la suite se généralise plus ou moins. »

La question des rapports entre la syphilis et le vitiligo est très complexe pour M. Thibierge. Car la syphi-

lis apparaissant chez des sujets porteurs depuis longtemps de vitiligo, il est évident que ces deux affections peuvent être absolument indépendantes l'une de l'autre.

Dans d'autres cas, la dystrophie pigmentaire survient plus ou moins longtemps après l'infection syphilitique ; elle peut être alors sous la dépendance directe de celle-ci par l'intermédiaire du système nerveux, comme l'est par exemple le mal perforant plantaire. Parfois les lésions syphilitiques de la peau sont le point de départ d'un vitiligo qui par la suite se généralise plus ou moins ; elles semblent intervenir comme causes localisatrices de la dystrophie pigmentaire, ainsi que le font des pressions répétées ou des lésions traumatiques banales.

Enfin M. Thibierge met en garde contre les troubles de la pigmentation au cours de la syphilis tardive ou précoce qui rappellent le vitiligo et qui peuvent même le simuler et faire croire à tort à son existence, quand on n'a pas assisté à l'évolution des lésions cutanées.

M. Pautrier apporte une contribution à l'étude sur les rapports de la syphilis et du vitiligo en publiant une observation de vitiligo nettement caractérisé, développé sur les organes génitaux au voisinage et à l'occasion de syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Les troubles pigmentaires, remontant à peu de mois, sont restés localisés à la région génitale. Le traitement normal ne l'a pas modifié.

Nous reproduisons cette observation suivie d'une observation analogue tirée de la thèse de Chabrier, 1880.

M. Pautrier pense que l'origine syphilitique du vitiligo paraît devenir de plus en plus probable, ou tout

au moins l'origine spécifique de certaines formes du vitiligo, car il croit que l'on a pu confondre jusqu'à maintenant sous cette dénomination, des processus différents se produisant par le même symptôme de dyschromies cutanées.

Observation XXXVII (Leloir et Chabrier)

Victor R..., 33 ans, entre en 1878, dans le service de M. Fournier, à Saint-Louis. Dès l'âge de 10 ans, il avait vu apparaître sur le membre droit une large tache brunie. Il y a neuf ans, psoriasis. A 23 ans, il contracte la syphilis. Cinq ans après, se montrent sur le pénis des ulcérations et bientôt dans leur voisinage apparaissent de larges taches de vitiligo, qui n'ont fait qu'augmenter depuis. Ces taches sont répandues avec une certaine symétrie, et occupent toute la surface cutanée, excepté la tête et les pieds. Cet ensemble de circonstances fit dire à M. Fournier que l'affection était probablement due à des troubles nerveux.

Taches très lisses, douces au toucher ; les poils implantés sur la surface vitiligineuse sont presque tous décolorés.

Les ongles des mains présentent des irrégularités, des trous nombreux qui semblent faits avec la pointe d'une épingle : Extrémités digitales aussi décolorées. Pas de troubles de la sensibilité. En 1879, on enlève un morceau de peau vitiligineuse (partie blanche) un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes ; cette plaque enlevée datait de trois ans, on en a fait l'examen.

Examen histologique. — *Nerfs.* — Les filets nerveux adhérents au lambeau cutané contenaient une quantité notable de tubes nerveux altérés (3 sur 30, d'une façon très approximative d'ailleurs) et offrant avec une grande netteté les lésions de la

névrite atrophique. Chez quelques nerfs, le cylindre axe avait complètement disparu, la myéline fragmentée en gouttelettes plus ou moins fines, il y avait une multiplication notable des noyaux de la chaîne de Schwann renfermant une matière se colorant en jaune sous l'action du picro-carmin, substance que l'on rencontre dans l'intérieur des nerfs en voie de dégénération.

D'autres présentaient les mêmes altérations, mais à un degré encore plus avancé ; chez ceux-ci, le cylindre axe avait également disparu, les noyaux plus nombreux que normalement, la gaine de Schwann contenait une matière jaunâtre ; en certains points il existait des amas de myéline réduite en fines gouttelettes qui distinguaient la gaine de Schwann à ce niveau et lui donnaient un aspect moniliforme, tandis que toute trace de myéline avait disparu sur de longues distances du tube nerveux. Ce deuxième type de nerfs altérés constitue une forme de passage entre le type précédent et le suivant. En effet, ces tubes en voie d'altération ne sont qu'en très petit nombre comparativement à ceux qui ont subi une dégénération complète et qui présentent les modifications suivantes : disparition du cylindre axe, disparition totale de la myéline, gaines vides offrant un aspect plus ou moins moniliforme (la gaine de Schwann seule persistant, et présentant de distance en distance des noyaux fortement colorés par le carmin et en plus grand nombre qu'à l'état normal). Cet aspect correspond à l'état ultime de la dégénérescence des tubes nerveux.

Peau. — Outre les lésions nerveuses, des coupes fines pratiquées sur le morceau de peau vitiligineux (après durcissement dans le liquide de Müller, la gomme et l'alcool, et coloration consécutive au moyen du picro-carmin) m'ont permis de cons-

tater des lésions intéressantes qui, jusqu'ici, n'avaient pas été signalées à ma connaissance.

L'épiderme est notablement aminci ; il n'existe plus que la couche cornée, le stratum lucidum de Œhl et deux ou trois, cinq rangées de cellules, tout au plus, des couches superficielles du corps de Malpighi. La couche granuleuse de Langerhaus et les cellules profondes du corps de Malpighi (cellules en palissades, cellules granuleuses et pigmentées) manquent totalement.

Il n'existe plus trace de pigment dans les cellules épidermiques examinées à un fort grossissement. Le derme est un peu aminci et rappelle le derme de la peau des vieillards. Il contient moins de vaisseaux qu'à l'état normal ; et le calibre des vaisseaux est diminué, leurs parois sont intactes.

Ces lésions des vaisseaux se rapprochent de ce qu'a écrit Fuchs ; les glandes sudoripares ne présentent pas d'altération notable ; chez quelques-unes le conduit est allongé et décrit, pour arriver à son orifice externe, des contours sinueux et obliques comme dans l'atrophie sénile décrite par Neumann. Il est à noter, comme le Dr Chabrier le relate dans sa thèse, à propos de ce cas, que la sécrétion sudorale est presque complètement supprimée au niveau des plaques. Une injection de pilocarpine, faite sous la peau décolorée a produit la sudation générale avant que la tache elle-même ne fût le siège d'aucune sécrétion ; la sueur ruisselait sur le front, le visage, la poitrine et les plaques abdominales étaient à peine moites. Les follicules pileux, qui sont d'ailleurs très peu nombreux, sont atrophiés, les glandes sébacées sont également atrophiées, quelques-unes sont légèrement kystiques.

Observation XXXVIII (Thibierge).

Syphilis ignorée. Syphilides papulo-tuberculeuses en groupes serpigineuses et récidivantes, suivies de dépigmentation de la peau; hyperchromie diffuse très étendue consécutives aux premières poussées de syphilides ; d'où troubles et aspect de vitiligo sur le tronc et la racine des membres inférieurs. Eléphantiasis des organes génitaux consécutives à des syphilides de ce siège.

E. F..., âgé de 67 ans, entre le 4 avril 1900, dans mon service de la Pitié, pour des lésions syphilitiques du scrotum et de la verge.

Il n'a aucun souvenir du début de sa syphilis et se rappelle seulement avoir eu en 1886, sur la région pariétale du crâne, une tuméfaction qui a disparu à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium.

Les lésions cutanées datent de la même époque ; elles se sont depuis lors reproduites à plusieurs reprises, et le malade s'est très irrégulièrement soigné.

La peau de l'abdomen, des aines de la région lombaire a, au dire du malade, été toujours très colorée ; il y a trois ou quatre ans, il s'est aperçu que les lésions papulo-tuberculeuses, après leur guérison, laissaient des taches blanches.

Actuellement on trouve sur un fond pigmenté d'un brun foncé, dont la coloration s'étend sur tout l'abdomen en se diffusant sur le thorax, des taches blanches ou à peine rosées, très irrégulières de forme, à contours polycycliques ou géographiques ; ces taches sont d'autant plus pâles et entourées d'une peau plus pigmentée qu'on se rapproche davantage de la partie

inférieure du tronc. Plusieurs taches de petites dimensions occupent le flanc droit ; les plus étendues siègent sur la portion sous-ombilicale de l'abdomen, où elles forment deux bandes irrégulières, l'une à droite, l'autre à gauche, se rejoignant presque sur la ligne médiane et dépassant en bas le pli de l'aine.

En arrière, toute la région lombo-sacrée est le siège d'une pigmentation brune très accusée qui s'arrête en haut un peu au-dessous des côtes et descend un peu sur les fesses. Sur cette pigmentation, tranchent de grandes plaques dépigmentées, moins blanches et moins nettes que celles de la paroi abdominale, parsemées de nombreux îlots pigmentés qui se confondent sur les bords de la zone achromique avec la peau brune.

A la partie antérieure des cuisses, les taches pigmentées, prolongeant celles de l'abdomen, encadrent à distance les plis inguinaux où la pigmentation est extrêmement prononcée; elles sont limitées en bas par un bord oblique et légèrement sinueux.

Au niveau de toutes les parties dépigmentées, la peau paraît absolument normale, coloration à part ; elle est souple et ne rappelle en rien l'aspect cicatriciel, sa sensibilité est normale.

Avec ces troubles de la pigmentation coïncide une éruption de syphilides papulo-tuberculeuses, de coloration rouge cuivrée, présentant par place des squames blanchâtres, assez adhérentes, psoriasiformes, et par places des croûtes, recouvrant des excoriations superficielles. Ces syphilides sont disposées en placards à contours circinés.

Un grand placard continu occupe toute la partie centrale de la zone dépigmentée de la région dorsale, et s'arrête à une certaine distance de ses bords. Sur les côtés de l'abdomen et en

avant, les éléments sont plus irrégulièrement disposés ; très abondants, ils tracent sur les plaques dépigmentées et sur la peau hyperpigmentée des arabesques sinueuses, envahissant indifféremment les zones blanches et les zones brunes de la peau.

Au niveau des fausses côtes droites, on voit deux placards, à peu près régulièrement arrondis et un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, dont le centre est guéri : au niveau de ce centre, la peau est manifestement plus pâle que sur les parties avoisinantes et même plus pâle que la peau normale. Le malade dit très nettement que, à la fin de l'année dernière, avant l'apparition des syphilides, la peau présentait à ce niveau la même coloration brune que dans les parties voisines.

La verge, de volume trois ou quatre fois plus considérable que normalement, a une coloration normale ; le fourreau très épaissi, se continue avec le prépuce également épaissi, de consistance ferme, à travers lequel on sent le gland paraissant de volume normal ; l'orifice préputial est étroit, caniculaire. Le malade ne peut donner de renseignements précis sur le développement de l'éléphantiasis de la verge que l'on ne peut attribuer qu'à l'évolution de lésions syphilitiques du fourreau et du prépuce.

Le malade fut soumis aux injections d'huile grise ; les syphilides papulo-tuberculeuses guérirent rapidement, laissant à leur place des taches de coloration rouge foncé, qui s'atténuèrent peu à peu.

Les syphilides que nous avions constatées au mois d'avril étaient remplacées par des zones blanches, manifestement pigmentées, tranchant avec la peau hyperpigmentée du voisinage ;

au niveau de ces zones, la peau avait un aspect normal, sans aucun stigmate cicatriciel.

Il est donc évident que la dépigmentation était le résultat local de l'évolution de syphilides papulo-tuberculeuses; la configuration des zones dépigmentées existant dès l'entrée du malade rappelait d'ailleurs la disposition des placards de syphilides et pouvait être considérée comme la conséquence de lésions semblables ayant évolué à diverses reprises.

En 1902, le malade, entré dans le service de M. Souques, avait une récidive de ses syphilides, sous forme d'une longue bande étendue d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, qui guérit rapidement par les injections de cyanure de mercure. Les troubles de pigmentation n'avaient pas subi de modifications bien appréciables, l'éléphantiasis de la verge persistait. En outre, il y avait une parésie de la corde vocale gauche et des troubles pupillaires (myosis bilatéral, signe d'Argyll Robertson) qui n'avaient pas été notés lors de son séjour dans mon service.

Observation XXXIX (Pautrier).

Les rapports de la syphilis et du vitiligo (*Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*). *Résumée.* Mai 1904.

Syphilis ignorée; syphilide tuberculeuse, partiellement ulcéreuse des organes génitaux, datant de quinze mois. Vitiligo apparu depuis six mois au voisinage de lésions syphilitiques.

Homme, 40 ans, ne présentant aucun antécédent syphilitique, porteur d'une très légère plaque de leucoplasie au niveau de la commissure labiale gauche.

Depuis quinze mois, syphilides ulcéreuses, formant un vaste placard ovalaire au bas-ventre, au-dessus du pubis, un gros tubercule isolée sur la partie droite du scrotum, près de la racine de la verge, syphilide tuberculo-ulcéreuse en nappe. Presque toute la face dorsale de la verge présente des lésions nettes de vitiligo avec deux grandes taches achromiques à surface mate et lisse, à bords nets, entourées d'une zone de coloration brunâtre, café au lait; lésions semblables à la racine de la verge et sur le scrotum. Le vitiligo n'est apparu que depuis six mois ; le malade affirme que les troubles dyschromiques se sont formés sur des points qui n'ont jamais été touchés par des lésions analogues aux accidents syphilitiques qu'il présente.

M. Gaucher, qui a essayé de démontrer que le vitiligo dit idiopathique a pour cause une auto-intoxication, le poison morbide autogène agissant par l'intermédiaire des nerfs cutanés pour produire la dystrophie pigmentaire, pense que la syphilis qui produit des troubles de la nutrition générale semblables à ceux qu'on observe dans toutes les intoxications chroniques, peut très bien se rencontrer dans les antécédents d'un malade atteint de vitiligo, d'autant plus que l'intoxication syphilitique peut par elle-même, comme toutes les auto-intoxications, donner lieu à des altérations pigmentaires de la peau.

Nous reproduisons ici deux observations tirées de la thèse de Lebrun (1886, Lille), dont l'une se rapporte à un syphilitique chez lequel est survenu du vitiligo, et l'autre également à un syphilitique chez lequel le vitiligo est apparu à la période préataxique du tabès. Nous

reproduisons également une observation de Lévi, dans la thèse de Chabrier, qui montre le vitiligo survenant un an après l'infection syphilitique chez un jeune arabe, et un cas de Tenneson : une alopécie presque totale du cuir chevelu et des autres régions pilaires et un vitiligo occupant la lisière du cuir chevelu, le tronc, le scrotum et les membres inférieurs apparurent deux ans après un chancre. Nous pourrions ajouter une observation inédite due à l'obligeance de M. Pierre Marie et qui montre un vitiligo apparu chez un malade nettement syphilitique, car il a eu un chancre, et qui est en même temps un névropathe. Mais comme il ne reste aucun stigmate de sa syphilis et que le malade fait survenir le vitiligo à la suite d'un grand chagrin et surtout parce que c'est un malade qui a des crises de colères et présente quelques stigmates d'hystérie nous avons préféré citer son observation au chapitre : vitiligo et hystérie.

L'observation par laquelle nous allons clore ce chapitre et qui nous est personnelle, se rapporte à un vieillard chez lequel le vitiligo est apparu il y a douze ans et qui présente le signe d'Argyll Robertson. Le malade ne se rappelle pas avoir eu la syphilis, mais le signe de Robertson étant un symptôme de syphilis du système nerveux, il est très probable qu'il s'agit chez lui d'une syphilis ignorée.

Observation (Lévi).

Vitiligo ayant débuté à 10 ans. Syphilis. Symétrie bien marquée. Albification des poils. Décoloration anale. Grande douceur de la peau vitiligineuse. Diminution de diamètre des poils. Effet du traitement par les vésicatoires.

Ali-C. K..., 12 ans, né à Bordj-Sebaou (Kabylie), constitution moyenne, tempérament bilieux, n'a jamais fait de maladie grave ; son père n'a jamais eu d'affection syphilitique ni cutanée, sa mère a eu à la peau une éruption suspecte. L'un de ses frères a, dit-il, eu la vérole. Quant à lui, il y a trois ans il vit apparaître sans cause comme un certain nombre de boutons à la région fessière droite, puis à la partie postéro-interne des coudes, sur les deux articulations scapulo-humérales, et enfin à la face externe des cuisses. En ce moment les boutons sont remplacés par des ulcérations à bords indurés légèrement à pic, entourées d'une aréole rouge cuivré.

Le malade se plaint d'un peu de mal de gorge et de douleurs dans le nez. Les os du nez sont légèrement tuméfiés. Un an après l'apparition des premiers boutons, la peau commença à se décolorer dans l'ordre suivant : poitrine, dos, cou, tête, cuisses, parties génitales, ventre, membres supérieurs.

État actuel. — Le cuir chevelu, d'un blanc nacré, est dépelé par places, mélangé de cheveux noirs et de cheveux blancs, ces derniers plus abondants à droite qu'à gauche. Quelques croûtes dans les cheveux. Face couleur primitive : à partir des angles maxillaires la peau devient blanche ; les oreilles ont conservé leur couleur normale, tant à la face externe qu'à la face interne;

En avant de chaque oreille, tache blanche de la dimension d'une pièce de 1 franc. Yeux bruns, vue bonne, cils peu abondants. Le cou n'est blanc en avant que depuis l'os hyoïde ; en arrière, la couleur blanche s'étend sans interruption du cuir chevelu à la nuque. Des deux côtés, sur la direction des muscles sterno-mastoïdiens, et à 6 centimètres environ de l'insertion de l'oreille, on voit deux taches irrégulières, celle de droite un peu plus étendue que celle de gauche, et dont la couleur est la même que celle de la face ; le bras droit est blanc jusqu'à l'insertion du deltoïde ; à partir de ce point, son côté externe est parsemé d'un mélange de taches blanches et de taches de couleur normale. La face interne est complètement blanche. Au pli du coude, en avant et en arrière, nombreuses taches blanches. Face antéro-interne de l'avant-bras blanche depuis le pli du coude jusqu'à un travers de doigt au-dessus du poignet. La face dorsale de la main présente quelques taches blanches au niveau de l'articulation du métacarpe avec les phalanges, quelques-unes sur les doigts, le pouce et le petit doigt exceptés. Le membre supérieur gauche présente à peu de chose près, la même disposition.

Poitrine blanche ; quelques taches de couleur normale au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Dos et abdomen complètement décolorés. Orifice anal blanc à son pourtour dans une étendue de 4 centimètres ; brun au delà dans une étendue de 6 à 8 centimètres. Scrotum blanc. Verge décolorée, à l'exception de la base du gland. Les cuisses blanches en avant, offrent de larges taches brunes au niveau des rotules ; elles sont complètement décolorées en arrière. Les deux jambes n'ont perdu leur couleur normale qu'au tiers postéro-interne ; mais les pieds n'offrent plus de trace de pigment, si

ce n'est au niveau des orteils. Des poils blancs se trouvent partout où la peau est décolorée. Le malade présente un aspect singulier. Son teint ne ressemble en rien au teint de nos femmes ; c'est un blanc particulier, fade, inanimé, qui n'est ni le blanc de la neige, ni celui du lait. Il est difficile de lui trouver un terme de comparaison très exact.

Les parties affectées sont douces au toucher, comme satinées ; on n'y trouve point sous les doigts les rugosités légères qu'offre une peau saine, ce qui fait croire au premier abord qu'il existe une différence de niveau entre les parties brunes et les parties blanches. Le malade n'accuse ni douleur, ni démangeaison : partout la sensibilité est conservée au même degré, la transpiration se fait également bien sur les parties saines et les parties malades qui deviennent le siège de phlyctènes sous l'action d'un vésicatoire. Les poils blancs complètement dépouillés de pigment sont plus fins et plus soyeux que les poils noirs. Examinés au microscope, ils présentent une différence de diamètre assez notable. Des raclures d'épiderme prises en différents points du corps offrent toujours le même aspect.

L'examen microscopique du sang, fait à différentes reprises, ne nous a absolument rien révélé de particulier.

Urines limpides, jaune ambré, légèrement acides, pas d'albumine, mais des traces de sucre.

Soumis à un régime tonique et à un traitement à l'iodure de potassium, notre malade vit bientôt les accidents du nez et de la gorge s'amender au point que, se croyant guéri, il demanda à sortir de l'hôpital avant que nous ayons pu nous occuper du traitement de ses taches. Mais le régime débilitant du gourbi laissa bientôt reprendre le dessus à la syphilis, dont le traitement n'avait pas été complet ; le jeune Ali Kassen rentra à l'hô-

pital et consentit cette fois à subir à côté de son traitement général un traitement local pour obtenir la guérison de ses taches. Nous essayâmes successivement les frictions sèches, les frictions excitantes, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le vésicatoire; ce dernier moyen seul nous fournit des résultats favorables. Nous eûmes la satisfaction de voir la peau non pas reprendre sa couleur normale, mais devenir rose de blanche qu'elle avait été, et un grand nombre de poils reprendre le pigment qu'ils avaient perdu depuis plusieurs années.

Observation XLI (Tenneson).

Vitiligo et syphilis.

Le malade, âgé de 27 ans, serrurier, de constitution robuste, a contracté la syphilis en 1880. Le chancre a été suivi de plaques muqueuses, de roséoles, etc. ; mais le malade n'a suivi aucun traitement jusqu'au jour où il est entré dans mon service.

Deux ans après le début de la syphilis, alopécie presque totale portant sur le cuir chevelu et les autres régions pilaires. En même temps apparition de taches leucodermiques à la lisière du cuir chevelu, sur le tronc, le scrotum et les membres inférieurs. Pas de zone mélanodermique autour de ces taches, pas d'anesthésie à leur niveau.

Le malade fut considéré au régiment comme atteint de pelade et réformé. Six mois plus tard les cheveux et les poils ont repoussé spontanément ; les uns noirs, comme ils étaient primitivement, les autres blancs, les autres imparfaitement pigmentés et développés ; ces derniers surtout à la barbe, aux sourcils et au pubis.

Depuis lors aucun changement dans la leucodermie et la leucotrichie.

Au commencement de 1888, accidents cérébraux : céphalalgie occipitale intense, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, ce dont le malade se rendait compte.

A la fin de décembre, hémiplégie droite incomplète, à l'état brusque mais sans perte de connaissance, hémiplégie portant sur les membres et sur la face avec embarras de la parole et troubles de la vue.

Le malade est entré dans mon service vers la fin de janvier. Il fut soumis de suite à un traitement mercuriel et ioduré, et l'amélioration rapide survenue dans les accidents cérébraux ne permet pas de mettre en doute leur nature syphilitique.

En ce qui concerne les rapports du vitiligo et de la syphilis, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer aujourd'hui.

Observation XLII

(Du service de M. le Professeur Dieulafoy) (1).

C'est un malade atteint de pleurésie purulente chez lequel l'examen révèle des lésions qui, à première vue, se présentent sous la forme de plaques grisâtres et brunâtres de configuration irrégulière et que limite un bord bien tranché. Elles se généralisent par zone à toute la surface du corps et occupe le cou, la face dorsale des mains et des poignets, les avant-bras. Au visage elles sont moins marquées, à la paume des mains elles n'existent pas. Si l'on découvre le malade on les retrouve au niveau de l'abdomen, de la verge et du scrotum.

Le revêtement cutané du scrotum en particulier présente des lésions typiques que caractérisent deux éléments.

1. Prise par M. Séjournet.

L'un de ces éléments est l'hypopigmentation, il se traduit par une décoloration absolue, d'autant plus apparente que le scrotum normal est toujours très pigmenté. L'autre est l'hyperpigmentation et ce sont les zones brunâtres, elles servent de cadre aux zones décolorées.

Les deux éléments se retrouvent partout où siègent les lésions. Les poils ont subi également certaines modifications ; mais, fait important, la muqueuse buccale est indemne.

Cette affection est acquise, elle a débuté par les mains il y a douze ans et en vingt-quatre mois tout le corps était envahi ; depuis cette époque elle n'a subi aucune modification.

Parmi les dyschromies acquises peu offrent les caractères de celle-ci, et on ne peut la confondre avec la mélanodermie des addisoniens qui ne respecte pas les muqueuses, avec les lésions du pityriasis versicolore, avec la sclérodermie, qui s'accompagne d'épaississement de la peau; ou encore avec la syphilis pigmentaire dont le siège de prédilection est le cou, dont la disposition est régulière et dont les taches blanches réservées par la pigmentation ne semblent pas d'une décoloration réelle. Seul le vitiligo se présente avec ces caractères particuliers.

Quelle est la nature de ce vitiligo ?

Quelquefois l'on trouve à l'origine la syphilis, certains malades porteurs d'un vitiligo sont en même temps atteints de leucoplasie syphilitique. Dans le cas présent la syphilis n'existe point, ou fut méconnue. Certaines intoxications, tel le saturnisme, agissant sur le système nerveux, peuvent par leur intermédiaire provoquer le vitiligo; pas de trace de saturnisme.

Le vitiligo se rencontre encore au cours du tabès ou de la paralysie générale; le malade a ses réflexes rotuliens normaux,

il n'a pas le phénomène des orteils, toutefois le réflexe tendineux est aboli, il a le signe de Robertson; ce signe étant l'indice de lésions spécifiques du système nerveux, il n'est pas possible d'affirmer que le malade soit indemne de toute lésion nerveuse, de telle sorte que l'on peut conclure à un vitiligo syphilitique.

Les lésions sont réduites au minimum, elles datent de douze ans, ne se traduisent par aucun autre signe, il est clair qu'elles n'ont joué aucun rôle dans l'affection actuelle.

Nous reproduisons deux coupes de la peau vitiligineuse prise sur le cadavre et qui montrent les lésions caractéristiques du vitiligo.

VITILIGOS PAR COMPRESSION

C'est un fait bien connu que la pression d'un bandage herniaire provoque dans les régions inguino-crurales un vitiligo qui par suite se généralise plus ou moins.

Quel est le mécanisme par lequel ce traumatisme vulgaire donne lieu au vitiligo; c'est peut-être une réaction vasomotrice ou une réaction trophique ou simplement l'action mécanique qui a empêché le pigment de se répartir uniformément.

Le point de départ en est certainement local, et la compression joue dans ces cas le rôle localisateur, excitateur d'un processus généralisable.

Nous rapportons ici deux observation de malades, chez lesquelles il n'existe aucun autre symptôme qui puisse expliquer le vitiligo.

Observation XLIII (Gaucher).

Dans la séance du 11 juillet 1895 M. Gaucher rapporte une nouvelle observation analogue à celle de M. Hallopeau :

Il s'agit d'un malade hospitalisé le 18 mai 1895, salle Marjolin, hôpital Saint-Antoine, pour un eczéma du scrotum.

Cet homme qui, depuis longtemps, portait un bandage pour une hernie inguinale gauche, présentait une tache de vitiligo exactement limitée à la pelote du bandage. Non seulement la peau était achromique, mais les poils étaient décolorés à ce niveau et la région voisine était hyperchromique.

Il n'existait de vitiligo sur aucun point du corps et cette dystrophie pigmentaire ne pouvait être attribuée à une autre cause que la compression.

Observation XLIV (H. Hallopeau et Salmon).

Sur un cas de vitiligo par compression.

A. P..., hernie inguinale double datant de l'enfance, vers l'âge de 8 ans. A cette époque, le malade porte un bandage double. Ce bandage était difficilement supporté, dès le début. A mesure que le malade avance en âge, la constriction devient de plus en plus gênante. Au bout de quatre ans, à l'âge de 12 ans, le malade est obligé de ne plus porter son bandage. Les hernies du reste avaient disparu.

Jamais il n'y a eu d'excoriations au niveau des points de pression; cependant en ces points, le bandage avait occasionné la

décoloration des téguments. Cette décoloration s'est montrée dès l'enfance.

Au moment de la puberté, les poils de la région pubienne ont poussé, les uns de coloration normale, les autres blancs, au niveau des plaques de peau dépigmentée.

Actuellement, le malade présente des plaques de peau décolorée en trois régions qui ont été comprimées par le bandage ; l'une, à la partie supérieure des fesses, la seconde, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, la dernière, au niveau de l'orifice inguinal externe.

Et comme le bandage était double, ces plaques sont symétriques.

Chacune de ces plaques, de contour assez régulier, est blanche, comme un tissu de cicatrice ; le grain de la peau est normal. Au pourtour de la plaque, existe une aréole brunâtre, plus pigmentée que les régions voisines. La raie vaso-motrice obtenue en pressant avec l'ongle est normale, et la sensibilité ne présente aucune altération.

Au niveau de l'orifice inguinal externe, et de chaque côté, les téguments et les poils sont absolument blancs. Les poils ont leur volume et leur longueur normaux.

Dès l'âge de 15 ans, le malade a eu quelques cheveux blancs disséminés dans sa chevelure.

Vitiligos de causes indéterminées.

Dans le nombre d'observations publiées sur le vitiligo il y en a quelques-unes dont l'étiologie est très vague. Ce sont des malades qui ne sont pas nerveux, qui n'ont

pas eu la syphilis et sur les téguments desquels aucune compression ne s'est exercée.

Nous les reproduisons ici à titre de documents s'en essayer d'en tirer aucune conclusion.

Nous faisons tout de même ressortir les conditions particulières dans lesquels chacun de ces cas a pris naissance.

Le malade de M. Mathieu est un paludéen, qui travaille dans une raffinerie à une très haute température.

Celui de M. Hallopeau présente en même temps que du vitiligo un œdème éléphantiasique du scrotum. M.. Rille présente à la Société de dermatologie viennoise en 1896 et M. Danlos présente à la Société de dermatologie de Paris deux observations de vitiligos avec lesquels coexistaient deux autres affections. Pour le premier c'était une éruption lichénoïde et pour le second un érythème induré.

Wladimiroff présente à la Société de pédiâtrie de Moscou en 1894 une observation de vitiligo apparu sans cause appréciable et qu'il ne cite qu'à cause de l'extrême rareté de cette affection chez l'enfant.

Observation (Danlos et Gastou).

Lichen obtusus et vitiligo ; examen histologique.

L'examen histologique a porté sur un élément de la cuisse, enlevé en entier.

A un faible grossissement l'ensemble de la coupe présente à la périphérie une hypertrophie papillomateuse considérable de

la couche épidermique, le centre est occupé par une infiltration cellulaire compacte et serrée.

En divers points de cette infiltration la coupe montre des îlots épidermiques coupés en travers.

Si on étudie à un grossissement plus considérable chaque partie de la coupe, on note :

Épiderme. — Dans les parties proliférées, l'ensemble des digitations épidermiques pénètre profondément dans la zone d'infiltration. Ce sont ces prolongements qui donnent par coupe oblique les îlots épidermiques centraux. Toutes les couches de l'épiderme sont hypertrophiées, la couche cornée est constituée par plusieurs lames superposées sans noyaux apparents. La couche à éléidine est très hypertrophiée, on y voit par places quatre à cinq rangées de cellules. Il n'existe pas d'autres particularités saillantes à mentionner dans l'épiderme.

Partie centrale. — Elle présente comme particularités essentielles de sa constitution :

1° Une abondance exceptionnelle de vaisseaux sanguins, auxquels s'ajoutent des lymphatiques moins nombreux.

2° Un tissu réticulé logeant des cellules lymphoïdes.

3° Des amas de cellules du type épithélioïde plus ou moins volumineux placés au voisinage ou au pourtour des vaisseaux. Quelques-uns même de ces amas semblent être nés de la paroi des vaisseaux dont la plupart ont leur endothélium proliféré notablement.

4° Des nodules d'infiltration périvasculaires constitués soit par des cellules épithélioïdes, soit par des cellules lymphoïdes.

On ne rencontre dans les coupes ni cellules géantes, ni cellules plasmatiques groupées, rien rappelant la structure du tubercule ou du syphilome. L'ensemble de la lésion a l'aspect d'un

bourgeon charnu ou d'un papillome, tandis que les amas cellulaires épithéloïdes, surtout ceux développés dans les vaisseaux, rappellent les thromboses épithéliales malignes.

Histologiquement, la lésion rentre dans le type des végétations d'origine dermique. Elle est à rapprocher par son aspect général des lésions trouvées dans un cas de lichen hypertrophique végétant ayant subi la transformation en épithélioma, cas présenté autrefois devant la Société par Du Castel et étudié histologiquement par l'un de nous.

Il semble donc s'agir ici, d'après l'histologie, d'un lichen en voie de transformation et d'évolution néoplasique.

Observation XLVI (Danlos)

Vitiligo avec taches d'aspect insolite et érythème induré.

Jeune femme de 22 ans, blanchisseuse, tempérament lymphatique, pas de syphilis acquise, quelques signes très douteux de syphilis héréditaire (érosions dentaires, absence de l'incisive latérale supérieure droite qui serait tombée prématurément). Depuis quinze à dix-huit mois, développement aux deux jambes d'érythème induré (Bazin) sous forme de nombreuses nodosités intra et sous-dermiques qui n'ont jamais suppuré et ont résisté à un traitement spécifique intensif. Vers la même époque apparition sur le corps et les membres d'un vitiligo et de taches d'aspect spécial. Le vitiligo est nettement symétrique, avec maximum aux aisselles. Il présente à ce niveau cette particularité curieuse que les aires achromateuses portent par places en leur milieu des vestiges de pigmentation hyperhémique, sans relief, sans aucune saillie, sans orifices visibles. Des aisselles le vitiligo

rayonne sur le cou où il offre l'aspect typique de la syphilide pigmentaire et sur la face antéro-interne des bras et avant-bras. On le retrouve disséminé, moins visible sur le tronc et les membres inférieurs. Des taches moins régulièrement symétriques que le vitiligo prédominent sur la moitié inférieure du corps, elles sont à bords nets, arrondies, d'un diamètre qui varie de 1 à 6 ou 7 centimètres, très finement quadrillées, sans aucune saillie ni épaississement de la peau. Leur teinte est d'emblée hyperhémique et pigmentaire, d'où un aspect très finement tigré, leur évolution extrêmement lente ; très légère exfoliation sur les plus anciennes. Nombre de ces taches sont entourées d'un large halo, absolument achromique, touchant par sa décoloration sur la tache qu'il encastre et sur la peau normale et plus souvent hyperpigmentée qui l'entoure. Presque confluentes à la face antéro-interne des cuisses, elles sont plus largement espacées sur les fesses, les jambes et même la plante des pieds. On en retrouve quelques-unes sur les bras (face interne) et les avant-bras (face antérieure), aucune à la paume des mains.

L'apparition d'un halo achromique autour des taches, celle de vestiges d'hyperhémie dans les aires décolorées du vitiligo, font supposer que ces taches sont la lésion initiale et que plus tard l'affection se constitue par régression de celle-ci. Étiologie absolument indéterminée, la syphilis ne semble pas devoir être mise en cause.

Ce fait est à rapprocher de celui présenté par Belle à la Société viennoise de dermatologie (15 avril 1896).

Observation XLVII (Thibierge).

Vitiligo développé à l'âge de 45 ans. Syphilis contractée trois ans plus tard.

Mme M..., 54 ans, sage-femme, a été atteinte de syphilis (chancre de la face palmaire de la main) contractée dans l'exercice de sa profession en 1896. Elle a eu depuis cette époque une série presque ininterrompue de manifestations syphilitiques, portant principalement sur les yeux (iritis) et sur les os (gommes multiples sur les os du crâne et des os des membres).

Elle porte des lésions de vitiligo absolument typiques, occupant la face dorsale des avant-bras et des mains et la partie supérieure de la face antérieure des cuisses.

La malade, qui s'est observée très attentivement, avait remarqué l'existence du vitiligo avant d'être atteinte de syphilis. A l'âge de 45 ans, en 1893, elle avait constaté sur la face dorsale de ses deux mains la présence de cinq ou six taches blanches, de la largeur d'une lentille, irrégulièrement arrondies, contrastant avec la coloration brunâtre des parties voisines du tégument. Ces plaques se sont développées lentement, s'élargissant et augmentant de nombre, d'autres se sont montrées ultérieurement sur la face postérieure de l'avant-bras ; les plaques de la face interne des cuisses se sont développées à la même époque.

Observation XLVIII (Vladimiroff).

Vitiligo chez un enfant de 6 ans.

M. Vladimiroff communique le cas d'un enfant de 6 ans chez lequel se montrèrent, il y a neuf mois (et sans causes appré-

ciables) des taches blanches aux paupières supérieure et inférieure droites et sur la joue correspondante. Ces taches très petites d'abord, s'agrandirent peu à peu et se confondirent les unes avec les autres. Les cils ont blanchi. Aucune affection antérieure chez le petit malade. État général excellent. Pas de vitiligo ni de syphilis dans la famille.

A l'examen, on constate que les taches blanches ne sont ni déprimées, ni saillantes ; elles sont lisses, non squameuses. Pas de troubles sensitifs ni thermiques à leur niveau.

Les cils sont blancs mais tiennent bien et sont aussi fournis que du côté sain. A l'œil nu, le cil semble plus mince et plus brillant. Le bulbe existe, mais il est plus petit. Au microscope, on trouve une atrophie simple de toutes les parties constituantes du cil et la disparition presque complète du pigment.

Le traitement consistait en administration de la liqueur de Fowler à dose de deux gouttes par jour. Peu à peu les taches blanches diminuèrent et on en trouve actuellement que des traces, mais la dépigmentation des cils persiste.

Dans un aperçu historique de la question, le rapport porté insiste sur la rareté du vitiligo chez les enfants : on en connaît que sept cas. Cette maladie rare en général, semble être endémique au Turkestan russe, ainsi que le prouvent les recherches du professeur Minch.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire sur l'étiologie du vitiligo nous permet de conclure de la manière suivante:

I. — Le vitiligo est une affection qui se développe au cours des affections nerveuses les plus variées.

II. — Ces troubles du système nerveux peuvent être purement fonctionnels.

α) Une émotion morale, ou un traumatisme moral suffisent pour amener l'éclosion du vitiligo et nous apportons deux contributions nouvelles à l'appui de cette thèse. L'observation du jeune soldat, que la perspective de faire deux années de service militaire plonge dans une tristesse noire, dont il sort au bout de trois semaines avec un vitiligo très étendu, en est une très typique.

β) L'hystérie, trouble fonctionnel du système nerveux plus prononcé, peut également se rencontrer à l'origine du vitiligo. L'observation que nous devons à l'obligeance de M. Pierre Marie en est un exemple frappant.

γ) L'aliénation mentale est le trouble fonctionnel du système nerveux qui favorise peut-être le moins le développement du vitiligo. Nous apportons néanmoins une contribution nouvelle, grâce à l'obligeance de M. Séglas, qui nous a communiqué l'observation d'un malade, un mélancolique, chez lequel à chaque période d'excitation correspondait une extension très nette du vitiligo.

III. — Les malades atteints de troubles organiques du système nerveux fournissent encore une grande proportion des observations publiées sur le vitiligo, qu'il s'agisse de troubles du système nerveux périphérique ou du système nerveux central.

α) Les troubles du système nerveux périphérique qui favorisent l'apparition des dyschromies vitiligineuses sont les névrites périphériques consécutives aux sections, gelures ou intoxications.

β) L'action à distance des étages métamériques spinaux est manifeste dans l'observation personnelle que nous rapportons au chapitre de la métamérie spinale. Nous sommes d'autant plus heureux de posséder cette observation, que le vitiligo est très peu susceptible, dit M. Brissaud, d'affecter les caractères topographiques si tranchés de la métamérie spinale.

γ) Les affections médullaires sont certainement celles au cours desquelles on rencontre le plus fréquemment le vitiligo. Quelquefois l'examen systématique du système nerveux révèle une affection latente et qui n'a été soupçonnée que grâce à l'existence du vitiligo.

Il s'agit alors généralement d'un tabès à la période préataxique. Le vitiligo coexiste quelquefois avec des

lésions des cordons postérieurs de la moelle qui donnent naissance à des symptômes tabétiformes mais qui néanmoins doivent être distraits de l'ataxie locomotrice de Duchenne.

IV. — La syphilis joue un grand rôle dans l'étiologie du vitiligo, et jusqu'ici elle n'a été mentionnée dans aucune thèse. La question a été posée par MM. Pierre Marie et Crouzon en 1902.

α) L'action de la syphilis peut s'exercer par l'intermédiaire du système nerveux et on a alors des malades atteints de vitiligo chez lesquels on retrouve la syphilis par les lésions indélébiles dont elle a marqué le système nerveux central. Le malade du service de M. le professeur Dieulafoy en est le meilleur exemple. C'était un malade couvert d'un vitiligo généralisé et qui présentait en même temps le signe d'Argyll Robertson.

β) Ou bien les malades ont eu un chancre et on ne retrouve plus chez eux aucun stigmate de syphilis. Tel le malade de M. Pierre Marie dont nous citons l'observation au chapitre : *vitiligo et hystérie,* qui a eu un chancre syphilitique, qui a été soigné pour la syphilis, et qui depuis ne s'en est plus jamais ressenti.

V. — On a observé dans plusieurs cas de vitiligo des troubles de la nutrition générale reconnaissant pour cause soit une :

α) Auto intoxication : néphrite chronique, grossesse;

β) Soit une intoxication : essence de pétrole;

γ) Soit une toxi-infection.

VI. — Enfin dans une catégorie de faits assez rares le vitiligo relève de causes encore obscures.

Tels sont, par exemple, les cas de vitiligos survenus à la suite de la compression par un bandage herniaire, qui peut-être provoque localement un trouble trophique ou vaso-moteur et qui est très probablement l'excitateur d'un processus nerveux généralisable.

Vu : le Président de la thèse
DIEULAFOY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

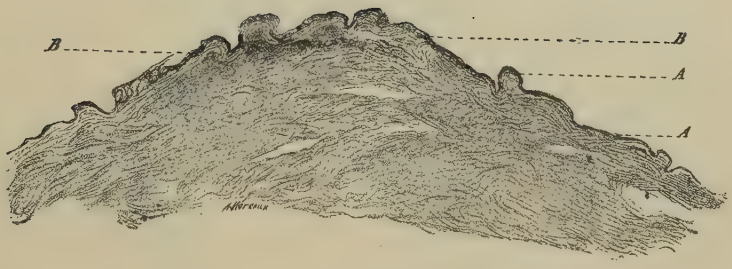

Fig. 1

Coupe de peau vitiligineuse (faible grossissement) due à l'obligeance de M. Lœper agrégé.

A. — Région achromique.

B. — Région hyperchromique.

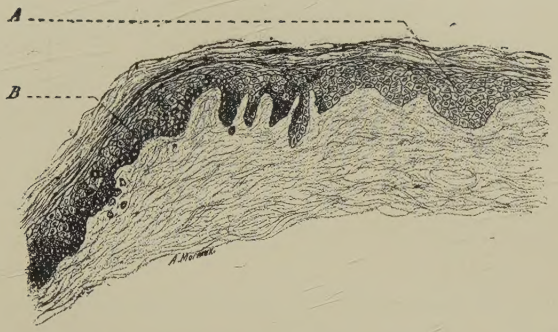

Fig. 2

Coupe de peau vitiligineuse (fort grossissement) due à l'obligeance de M. Lœper, agrégé.

A. — Région achromique.

B. — Région hyperchromique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bukley. — Archives of Dermatology, 1878.

Chabrier. — Etude sur le vitiligo. Thèse de Doctorat. Paris, 1880.

Leloir. — Recherches cliniques et anotomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Thèse de Doctorat. Paris, 1882.

Lebrun. — Du vitiligo d'origine nerveuse, 1885. Thèse de Lille.

Tenneson. — Vitiligo et Syphilis. Annales de Dermatologie, 1889.

G. Thibierge. — Du vitiligo. Semaine Médicale, 1891.

Welander. — Névrodermite. Société de Dermatologie, 1898.

Gaucher. — Etiologie du vitiligo. Revue de médecine, 1900.

Fournier et Detot. — Vitiligo à la suite d'une ovariotomie double, 1900.

Gaucher. — Etiologie du vitiligo. Annales de Dermatologie, 1902.

Ballet et Bauer. — Vitiligo et Tabès. Revue neurologique, 1902.

P. Marie et Guillain. — Vitiligo avec symptômes tabétiformes. Revue neurologique, 1902.

Souques. — Vitiligo et signes d'A. Robertson d'origine syphilitique. Revue neurologique, 1902.

P. Marie et O. Crouzon. — Vitiligo et syphilis. Annales de Dermatologie, 1902.

Darier. — Article: Vitiligo *in* la Pratique Dermatologique. Tome IV.

Pinkus. — Dermatologische Zeitscthrift, 1903.

Pautrier. — Les rapports de la syphilis et du vitiligo. Revue pratique des maladies cutanées syphilitiques et vénériennes, 1905.

Du Castel. — Pelade et vitiligo. Société de Dermatologie, 1905.

Thibierge. — Sur les relations du vitiligo et de la syphilis. Annales de Dermatologie, 1905.

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN